Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Monographie

L'examen médical périodique

Rapport d'un groupe d'étude à la conférence des sous-ministres de la Santé

L'examen médical périodique
Monographie

Rapport d'un groupe d'étude
à la conférence des
sous-ministres de la Santé

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1987

En vente au Canada par l'entremise des

Librairies associées
et autres libraires

ou par la poste auprès du

Centre d'édition du gouvernement du Canada
Approvisionnements et Services Canada
Ottawa (Canada) K1A 0S9

N° de catalogue H39-3/1980F — Canada: 18.50 $

ISBN 0-660-90406-3 — à l'étranger: 22.20 $

Prix sujet à changement sans préavis.

Tous droits réservés. On ne peut reproduire aucune partie du présent ouvrage, sous quelque forme ou par quelque procédé que ce soit (électronique, mécanique, photographique) ni en faire un enregistrement sur support magnétique ou autre pour fins de dépistage ou après diffusion, sans autorisation écrite préalable des Services d'édition, Centre d'édition du gouvernement du Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9.

Table des matières

Préface 5
Recommandations et mise en oeuvre 6
Recommandations 6
Mise en oeuvre 7

Chapitre 1

La question et le mandat.
Le besoin d'un groupe d'étude et sa méthodologie 8
Mandat 9
Composition du Groupe d'étude 10

Chapitre 2

Définitions, procédures et critères concernant les recommandations 13
Définitions 13
Tableau I (autres définitions) 14
Classement des tâches ayant mené aux recommandations sur l'examen médical périodique 15
Questions d'ordre général 16
Critères permettant de juger chaque affection virtuellement évitable 16
Catégories de recommandations 17

Chapitre 3

Évaluation des affections pouvant être évitées ... 19
Tableau IIA: Répertoire alphabétique des affections étudiées par le Groupe d'étude ... 20
Résumé des conclusions et des recommandations 86
Tableau IIB: Résumé des affections étudiées . 87
Tableau IIC: Fondement des priorités pour la recherche 101
Tableau IID: Répertoire des rapports des consultants (documents de travail) 103

Chapitre 4

Un plan d'examens médicaux périodiques pour chaque tranche de vie – Ensembles de protection sanitaire 105
Introduction 105
Période prénatale 106
L'enfance 106
L'âge adulte jusqu'à 64 ans 109
Personnes de 65 ans et plus 109
Tableau III: Ensembles de protection sanitaire 112
Tableau IV: Descriptions graphiques des ensembles de protection sanitaire

Chapitre 5

Priorités des futurs travaux de recherche 131
L'acceptation de preuves sans vérification expérimentale 131
Catégories de priorités de recherche 132
Conditions préalables à une recherche fructueuse 134
Attitude à adopter jusqu'à ce que la valeur véritable d'une action de dépistage précoce soit connue 134
Tableau V: Lien existant entre catégories de preuves et catégories de recommandations .. 135

Chapitre 6

Recommandations pour l'étude permanente des normes régissant les examens médicaux périodiques 136
Qualité des preuves soumises au Groupe d'étude 136
Approche adoptée pour l'élaboration des recommandations 136
Recommandations sur l'étude permanente .. 137

Chapitre 7

Aspect social et aspect économique 138
Aspect social 138
Aspect économique 139
Bibliographie 142
Introduction 142
Bibliographie analytique 143
Bibliographie détaillée 169

Préface

Cette version du rapport du Groupe d'étude sur l'examen médical périodique vient compléter le document abrégé soumis à la Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada publié dans le Journal de l'Association médicale canadienne (121:9 - nov. 1979) et l'Union médicale du Canada (108:12 supplément - déc. 1979). Ses conclusions et ses recommandations sont les mêmes que celles du résumé. Nous y avons cependant inclus beaucoup plus de détails sur notre méthode de travail ainsi que 78 comptes rendus d'examens des preuves scientifiques ayant motivé nos recommandations.

Il fut impossible d'inclure les références au document abrégé du fait de leur trop grand nombre. Celui-ci contient plus de 1400 renvois sur la prévention, le diagnostic précoce, le dépistage de masse, le dépistage de cas et sur des questions pertinentes. Plus de 300 d'entre elles sont répertoriées par sujet et annotées. Nous avons ainsi voulu permettre aux cliniciens, aux scientifiques, aux administrateurs et à ceux qui doivent élaborer les politiques sanitaires et s'intéresser au sujet, d'avoir un accès facile à une bibliographie à jour qui nous fut fort utile et qui constitue un bon point de départ pour d'autres enquêtes ou travaux de recherche dans ce domaine. À cette bibliographie, il faut ajouter plusieurs rapports de consultants, que le groupe de travail a étudiés.

De nombreux confrères ont collaboré à la préparation de ce rapport. Leur rapport respectif sera décrit dans les chapitres d'introduction. Le président et les membres du Groupe d'étude tiennent à remercier, pour sa participation spéciale, le petit groupe de personnes qui a effectué le travail fastidieux et essentiel à la rédaction définitive d'un document comme celui-ci. Le Dr David A.E. Shephard, du Centre Kellogg d'études supérieures en soins de première ligne et de l'Université McGill; Mlle Wikke Walop, étudiante au niveau du doctorat à l'Université McGill et le Dr Francine Lortie-Monette, chef, Division santé, Direction générale de la protection de la santé. Le Dr Réal Préfontaine, de la Direction des services de santé, était chargé de coordonner la production du rapport dans les deux langues et il était assisté du personnel compétent du secrétariat de la Direction et de la Section du traitement des mots.

Nous espérons qu'à l'avenir des révisions y seront apportées et publiées. Les évaluations subséquentes de notre travail permettront sans doute de rehausser le niveau qualitatif de ces révisions si ces dernières sont faites avec la même rigueur que celle que nous avons adoptée pour étudier les preuves scientifiques mises à notre disposition au sujet des examens médicaux périodiques.

Le président du
Groupe d'étude sur l'examen
médical périodique,
Walter O. Spitzer, M.D., M.P.H.

Recommandations et mise en oeuvre

Recommandations

L'enquête approfondie du Groupe d'étude sur le sujet des examens médicaux périodiques l'a mené à formuler six recommandations précises, qu'il considère applicables.

1. L'examen médical annuel régulier devrait être abandonné au profit d'un programme sélectif «d'ensembles de protection sanitaire», variant selon les besoins de la santé durant chaque étape de la vie. Nos propositions, quant au contenu et à la fréquence des examens, sont basées sur l'évaluation des meilleures preuves scientifiques à notre disposition et des problèmes pratiques d'exécution. Nous proposons un calendrier particulier pour la phase prénatale, l'enfance et la vieillesse. Pour les autres phases, nous recommandons d'appliquer les ensembles lorsque le malade prend l'initiative de venir consulter le médecin pour des soins quelconques.

2. Les divers ensembles de protection sanitaire tels que proposés pour l'âge et le sexe sont basés sur les connaissances actuelles (1978). Ces ensembles devraient être revus fréquemment et révisés à la lumière de nouvelles connaissances des problèmes évitables.

3. Les ensembles de protection sanitaire devraient être passés en revue par un groupe de consultants permanents relevant de la Conférence des sous-ministres de la Santé. Ce groupe devrait être formé en majeure partie de cliniciens et de chercheurs avec l'appui de personnes expérimentées dans la formulation des politiques de la santé. Les professions responsables de la mise en oeuvre de ce programme soumis à une révision continue devraient présenter des rapports à la Conférence des sous-ministres et ceux-ci devraient être rendus publics.

4. Les provinces devraient réviser leurs régimes d'assurance-maladie et, possiblement, leurs autres modalités de paiements, et introduire des stimulants conçus pour développer l'intervention sélective en médecine préventive. Les stimulants devraient encourager les médecins à participer au programme et aussi leur fournir une rémunération équitable pour les interventions proposées dans les ensembles de protection sanitaire.

5. Les provinces et le gouvernement fédéral devraient autoriser des travaux de recherche visant à combler les lacunes les plus importantes de nos connaissances actuelles, mises en lumière par le présent groupe d'étude. Le groupe de consultants permanents sur l'examen médical périodique devrait établir les priorités de recherche afin de concentrer les efforts et d'utiliser le mieux possible les maigres ressources financières dans ce domaine. Il faudrait que les programmes et les projets soient supportés de façon à assurer la continuité de la recherche sur les problèmes de prévention, recherche qui nécessite fréquemment des études assez longues pour en arriver à des résultats.

6. Le plan conçu pour couvrir la vie d'un individu devrait être accepté comme une stratégie unifiée et réaliste. Cette démarche sélective a été développée pour améliorer ou protéger la santé à tout âge. Cependant cela n'implique pas que l'application ou le rejet d'une ou de quelques procédures spécifiques puisse mettre en péril la valeur et la praticabilité du programme complet.

Mise en oeuvre

Même si nous sommes pleinement conscients de l'importance des six recommandations, notre mandat ne nous permet pas d'inclure une stratégie de mise en oeuvre. Toutefois, il est important d'attirer l'attention des responsables de la mise en oeuvre sur certains points saillants.

1. Bien que nous reconnaissions que la mise en oeuvre des propositions du rapport incombe à chacune des provinces, nous préconisons une approche nationale, de sorte que les citoyens qui déménagent d'une partie du pays à l'autre continuent de participer au plan d'ensemble de protection sanitaire pendant toute leur vie.

2. Il est essentiel que l'ensemble de la profession médicale et les autres professions et secteurs, tels les soins infirmiers et les soins dentaires, fournissent un soutien actif et assurent leur participation. Dans la même optique, il faudrait envisager l'appui des associations nationales et provinciales et des organismes délivrant des permis.

3. Le concept du plan de santé réparti sur toute la vie est important et des mesures devraient être prises pour créer un dossier «cumulatif de protection sanitaire de la personne», qui la suivrait d'un médecin à l'autre. De tels dossiers devraient être créés par les associations professionnelles dont les membres participeraient à la mise en oeuvre des propositions. Les gouvernements devraient y participer pour garantir leur appui aux médecins participants.

4. Il sera important de faire un relevé des médecins coopérants et de reconnaître de façon tangible la participation des médecins au programme. Des stimulants financiers devraient être associés à la pratique (pour régler les frais généraux et internes ainsi que la consultation) et à la mise en vigueur de propositions contenues dans les ensembles. Par exemple, on devrait étudier la possibilité de verser des stimulants pour encourager l'introduction de registres âge-sexe (manuels ou informatisés) chez les médecins intéressés, si une analyse coût-efficacité de telles pratiques démontre des avantages nets pour les professionnels et le public. En ce qui a trait à la définition que fait le Groupe d'étude des ensembles, les professionnels des soins médicaux devraient reconnaître que le Groupe d'étude n'a nullement l'intention d'empêcher les médecins de fournir des services supplémentaires, s'ils les considèrent nécessaires pour des personnes ou des groupes à risque élevé. Ces circonstances exceptionnelles, si elles sont raisonnables, devraient être reconnues comme telles dans le programme de stimulants. Le recours aux services du personnel auxiliaire devrait aussi être encouragé grâce à des stimulants.

5. Il est nécessaire d'assurer la continuité du programme pour la diffusion de l'information sur l'approche sélective afin que ce ne soit pas un «effort isolé». Un tel programme destiné à renseigner le public, les dispensateurs et les gouvernements devrait constituer une partie importante de cette mise en oeuvre.

6. Comme le succès du programme dépend de la compréhension et du soutien du public, de l'adhésion et de la participation des professionnels et des initiatives et du soutien du gouvernement, des méthodes devraient être élaborées dans chaque province pour assurer la participation continue et efficace des représentants du public, des professionnels de la santé et des autorités gouvernementales.

7. Bien qu'il ait été encourageant de pouvoir extraire, en passant en revue la littérature et en consultant des experts, des données suffisantes pour permettre d'établir un programme pratique, il y a bien des cas où il faudra pousser l'étude davantage. Ceci traduit l'importance d'accorder une très haute priorité aux programmes de recherche, en essayant constamment de réduire les délais dans la mise en oeuvre des résultats. L'effort de recherche devrait être une partie primordiale de la mise en oeuvre.

8. Ce rapport se limite aux examens médicaux périodiques considérés comme une approche sélective des soins préventifs fournis aux personnes par l'entremise des services de santé personnels. Il faudra entreprendre des travaux analogues pour étudier l'hygiène du milieu et du travail et les mesures préventives axées sur l'amélioration de la santé communautaire.

CHAPITRE 1

La question et le mandat. Le besoin d'un groupe d'étude et sa méthodologie

Les normes régissant la sécurité et l'efficacité ne cessent d'évoluer dans le domaine de la santé, et ce, depuis que les hommes ont sollicité des conseils au sujet de leur santé et se sont mutuellement prodigué des soins. Plus récemment, le processus d'établissement des normes a été modifié pour que les «normes régissant des normes» s'élaborent maintenant plus fréquemment, ce qui a eu un effet direct sur les régimes thérapeutiques et les stratégies préventives, dont l'une est «l'examen médical annuel».

L'examen médical annuel régulier et d'autres formes d'examens périodiques des personnes en santé fournissent actuellement la trame de l'ensemble des services jugés souhaitables, soit pour l'individu, soit pour des groupes. Ainsi, les médecins chevronnés qui fournissent les premiers soins et leurs homologues dans d'autres domaines ont offert ce service et même fortement encouragé leurs malades à l'accepter. Beaucoup pensent que l'examen annuel est bénéfique. On prend souvent pour acquis qu'un diagnostic précoce, ou encore un dépistage présymptomatique de l'affection, améliore le pronostic sans entraîner le moindre risque. Il n'en demeure pas moins que bien des questions concernant cet examen annuel demeurent sans réponse; beaucoup d'entre elles furent étudiées par le Groupe d'étude sur l'examen médical périodique au cours de ses travaux. Nous proposons des réponses pour quelques-unes de ces questions qui demeurent inscrites parmi les priorités de recherche que nous exposerons dans les prochains chapitres.

À quelques exceptions près, la caractéristique la plus marquante de cet examen médical annuel, tel qu'il se fait de nos jours, est l'uniformité de son contenu et le nombre de fois où il est effectué au cours d'une vie. Les examens généraux effectués chez des personnes asymptomatiques tendent tous à se ressembler, indépendamment de l'âge, sauf s'il s'agit d'une femme enceinte, d'un nourrisson ou d'un enfant. Les usages établis émanent par ailleurs de décisions prises quant aux procédures et mesures, et tiennent moins compte des entités pathologiques qu'on essaye d'éviter. La plupart des décisions sur les actions de dépistage sont à leur tour malheureusement fondées sur l'impression qu'on a de leur utilité en tant qu'aides du diagnostic d'une affection chez un malade présentant des symptômes. Les preuves attestant de la pertinence des mesures de dépistage de masse ou de dépistage de cas chez les personnes asymptomatiques sont peu nombreuses et rarement évoquées.

Il était évident qu'il fallait réexaminer la valeur et la nature de l'examen périodique individuel, ce qui a amené la Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada à demander qu'un groupe d'étude soit crée pour s'occuper de l'examen médical périodique. Ce groupe fut créé en septembre 1976 sous les auspices de la Direction générale des services et de la promotion de la santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Il devait étudier comment l'examen médical périodique pourrait faciliter la protection de la santé publique. De façon générale, il devait élaborer, en vertu de son mandat, des recommandations pour la création, à l'échelle nationale,

d'un programme d'examens médicaux périodiques pour chaque étape de vie de tous les Canadiens, hommes et femmes.

Pendant deux ans, nous nous sommes rencontrés chaque mois pour évaluer les affections virtuellement évitables et faire le relevé de leur nombre et des quelques états morbides et comportements pathologiques pouvant être évités. Nous nous sommes ensuite attachés aux preuves confirmant la pertinence des interventions de prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Nous avons également étudié la pertinence du régime thérapeutique pour les affections décelées tôt ou pour celles pour lesquelles il faut veiller à la prévention secondaire. Les aspects les plus importants de ces conditions seront résumés dans le chapitre 3.

Cette approche nous a amenés à notre principale recommandation, soit l'abandon de l'examen médical annuel routinier, et à la proposition d'une approche plus sélective de l'évaluation de l'état de santé, avec des caractéristiques distinctes pour chaque groupe d'âge. Le chapitre 4 donne plus de détails sur ce découpage de la vie par groupes d'âge.

Nos recommandations sur l'intervention sélective en médecine préventive constituent plusieurs *ensembles de protection sanitaire*, et furent rédigées en tenant soigneusement compte des preuves pour chaque mesure de dépistage. Nous avons longuement discuté des critères d'admissibilité de chaque preuve pour établir les normes proposées (en d'autres termes, le processus d'élaboration des normes régissant les normes). Nous avons non seulement étudié l'admissibilité des preuves pour juger de l'efficacité des techniques préventives ou curatives, mais nous avons également examiné les critères d'efficacité des mesures de prévention ou de dépistage.

Dans la plupart des cas, nous nous sommes butés au manque de preuves. Un chapitre entier de ce rapport est donc consacré aux priorités de recherche. De plus, pour chacune des affections étudiées et pour un bon nombre des actions de dépistage recommandées, les priorités de recherche ont été signalées pour aider ceux qui désirent les entreprendre ou les subventionner.

Pour faciliter ces recherches, surtout à l'aide d'une documentation adéquate, nous avons cru bon de faire le relevé des références-clés qui nous ont beaucoup aidés dans nos décisions, ou qui délimitent présentement notre connaissance sur un sujet précis. Outre la partie consacrée aux ouvrages de référence répertoriés par ordre alphabétique à la fin du rapport, nous avons également incorporé une bibliographie annotée par sujets.

Nous avons également tenu compte des aspects économiques et sociaux de nos recommandations. Nous n'avons pas, par contre, conçu notre tâche comme un moyen d'élaborer un outil permettant de réduire les coûts. Nous insistons pour que nos suggestions et recommandations ne soient pas envisagées comme un maximum acceptable pour les médecins ou pour les organismes d'assurance-santé. L'intervention sélective proposée offre toutefois une perspective de services préventifs beaucoup plus efficaces que ceux actuellement offerts. Nous avons plus particulièrement entrevu une possibilité de réduction des coûts par une meilleure répartition des diverses catégories de médecins prodiguant les premiers soins et permettant de retirer le maximum des aptitudes et du jugement clinique de chacun d'entre eux.

Les normes et recommandations du groupe d'étude furent élaborées par des praticiens et des chercheurs épaulés par plus de 40 consultants qui agirent indépendamment. Ce rapport en est donc un soumis *au* gouvernement et *non un rapport du* gouvernement. La Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada nous a laissé entière liberté quant au contenu de nos recommandations.

Le présent rapport ne se veut pas l'ouvrage définitif sur l'examen médical périodique. De nouvelles preuves continueront de venir s'ajouter aux recommandations. Les règles fondamentales quant à l'admissibilité des preuves pourraient fort bien se modifier suite aux progrès méthodologiques concernant les résultats du dépistage collectif précoce et du dépistage de cas.

Les membres du Groupe d'étude considèrent ce rapport comme un point de départ. Il entraînera de fortes objections sur certains de ses aspects. On y relèvera sans doute des erreurs. De meilleures idées seront vraisemblablement suggérées sur d'importantes questions; et, après des débats véhéments, d'autres rapports seront rédigés et de meilleures normes élaborées, dans la mesure où les échanges de vues demeurent constructifs, axés sur le progrès et à partir de données scientifiques rigoureuses. Il faudra, par surcroît, tenir compte des réalités économiques et sociales, et surtout de l'ensemble des valeurs humaines telles que la plupart des Canadiens les perçoivent.

Mandat

Après avoir étudié le mandat général émis par la Conférence des sous-ministres, le Groupe d'étude l'a explicité comme suit:

1. Relever, chez les Canadiens, les principales affections fatales ou entraînant de l'incapacité, ainsi que les états et comportements morbides et déterminer ceux qui pourraient être évités, compte tenu de nos connaissances actuelles.

2. Étudier les preuves relatives au dépistage précoce ou à la prévention des affections fatales ou entraînant de l'incapacité, des états et des comportements morbides chez l'individu ne formulant aucune plainte. (Si le dépistage précoce ou la prévention étaient jugés bénéfiques, l'affection en question serait qualifiée d'évitable).

3. Identifier les groupes de population particulièrement exposés à ces affections, états et comportements évitables.

4. Créer des «ensembles» de protection sanitaire qui se sont avérés de valeur ou, dans certaines circonstances, souhaitables pour d'autres motifs, qui devraient faire partie des examens médicaux périodiques aux différentes étapes de la vie et pour les divers groupes de population.

5. Faire des recommandations sur les modalités, le contenu, la fréquence, et les dispensateurs d'examens médicaux périodiques et de mesures préventives pour les différents groupes d'âge et pour les différents groupes de population.

6. Proposer des mesures précises pour évaluer la valeur et l'efficience du plan recommandé d'examens médicaux périodiques qui permettront des réévaluations et des améliorations.

Composition du Groupe d'étude

Les activités de mise sur pied du Groupe d'étude ont été coordonnées par la Direction des services de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Les membres du Groupe d'étude ont été choisis parmi des personnes suggérées par l'Association canadienne d'hygiène publique, l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association des médecins de langue française du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Président

Docteur Walter O. Spitzer,
Professeur d'épidémiologie, d'hygiène publique et de médecine familiale,
Université McGill,
Montréal, Québec.

Membres

Docteur J. Ronald Bayne,
Professeur de médecine (gérontologie),
Université McMaster,
Hamilton, Ontario.

Docteur Kenneth C. Charron,
Conseiller spécial auprès du doyen de la faculté de médecine,
Université de Toronto,
Conseiller spécial auprès du doyen de la faculté des sciences de la santé,
Université McMaster,
Oakville, Ontario.

Docteur Suzanne W. Fletcher,
Professeur adjoint de médecine,
Professeur agrégé d'épidémiologie et d'hygiène publique,
(nouvelle adresse)
North Carolina Memorial Hospital,
University of North Carolina,
Chapel Hill, N.C.,
U.S.A. 27514.

Université McGill,
Montréal, Québec.

Docteur Lise Frappier-Davignon,
Directrice intérimaire,
Épidémiologie et médecine préventive (Centre de recherche),
Institut Armand Frappier,
Montréal, Québec.

Docteur Richard Goldbloom,
Professeur de pédiatrie,
Université Dalhousie,
Halifax, N.-É.

Docteur Ian R. McWhinney,
Professeur de médecine familiale,
Université de Western Ontario,
London, Ontario.

Docteur Brenda Morrison,
Professeur adjoint de statistique médicale,
Université de Colombie-Britannique,
Vancouver, C.-B.

Docteur Daniel Offord,
Professeur de psychiatrie,
Université d'Ottawa,
Ottawa, Ontario.

(nouvelle adresse)
Chedoke Child and Family Center,
Sanatorium Road,
C.P. 590,
Hamilton, Ontario.

Docteur David L. Sackett,
Professeur d'épidémiologie clinique, de biométrie et de médecine,
Université McMaster,
Hamilton, Ontario.

Personnes ressources du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

Docteur Derek D. Gellman,
Ancien directeur général,
Direction des services de santé,
(nouvelle adresse)
Vice-président médical,
Vancouver General Hospital,
Vancouver, C.-B.

Docteur Gerry B. Hill,
Ancien directeur général,
Programmes de recherche,
(nouvelle adresse)
Directeur, Service d'épidémiologie,
Provincial Cancer Hospital Board,
Edmonton, Alberta.

Madame Manuelle Adrian,
Économiste de recherche,
Division de l'économie et de la statistique sanitaires.

Docteur Francine Lortie-Monette,
Chef, Division santé,
Direction générale de la protection de la santé.

Consultant permanent

Docteur I. Barry Pless,
Professeur de pédiatrie, d'épidémiologie et d'hygiène,
Université McGill,
Montréal, Québec.

Coordonnateur de la rédaction

Docteur David A.E. Shephard,
Centre Kellogg d'études supérieures en soins de première ligne,
Université McGill,
Montréal, Québec.

Adjointe à la recherche

Madame Wikke Walop,
Étudiante en épidémiologie (niveau du doctorat),
Université McGill,
Montréal, Québec.

Coordonnateur du Groupe d'étude

Docteur Réal Préfontaine,
Médecin-conseil,
Direction des services de santé.

Consultants

Consultants de l'extérieur qui ont préparé des documents de travail

Dr Douglas Anderson,
Bascom Palmer Institute,
C.P. 52009,
Miami, Floride,
U.S.A. 33152

Sir Ferguson Anderson,
Département de médecine gériatrique,
Université de Glasgow,
Glasgow, Écosse.

Dr John P. Anderson,
Izaak Walton Killam Hospital for Children,
5850, avenue University,
Halifax, Nouvelle-Écosse.
B3J 3G9

Dr Philip Bagnell,
Izaak Walton Killam Hospital for Children,
5850, avenue University,
Halifax, Nouvelle-Écosse.
B3J 3G9

Dr Kenneth R. Bloom,
Professeur adjoint de pédiatrie,
The Hospital for Sick Children,
555, avenue University,
Toronto, Ontario.
M5G 1X8

Dr N.F. Boyd,
Professeur adjoint de médecine,
Princess Margaret Hospital,
Toronto, Ontario.
M4X 1K9

Professeur J.C. Brocklehurst,
Département de médecine gériatrique,
Université de Manchester,
Manchester, Angleterre.

Dr Carol Buck,
Professeur,
Département d'épidémiologie et de médecine préventive,
Université de Western Ontario,
Faculté de médecine,
Kresge Building,
London, Ontario.
N6A 5B7

Dr David P. Byar,
Head, Clinical and Diagnostic Trials Section,
Biometry Branch,
National Cancer Institute,
Landow Building, Room C509,
7910 Woodmount Avenue,
National Institute of Health,
Bethesda, Maryland.
U.S.A. 20025

Docteur Harold Colburn,
Direction des services de santé,
Direction générale des services et de la promotion de la santé,
Ottawa, Ontario.
K1A 1B4

Docteur Sylvia Cruess,
Département de médecine,
Hôpital Royal Victoria,
Montréal, Québec.
H3A 1A1

Docteur Dale Dauphinee,
Département de médecine,
Hôpital Royal Victoria,
Montréal, Québec.
H3A 1A1

Docteur J.C. Dillon,
Médecin-nutritionniste,
Centre de recherche en nutrition,
Pavillon Comtois,
Université Laval,
Québec, Québec.
G1K 7P4

Dr Robin Eastwood,
Département de psychiatrie,
Clarke Institute of Psychiatry,
Toronto, Ontario.
M5T 1R8

Dr Jonathan E. Fielding,
Commissioner of Public Health,
Department of Public Health,
600 Washington Street,
Boston, Mass.
U.S.A. 02111

Dr Mervyn Fox,
Directeur médical,
London & District Crippled Children's Treatment Centre,
385, rue Hill,
London, Ontario.
N6B 1E4

Docteur Robert Gardiner,
Directeur,
Service d'endocrinologie,
Département de médecine,
Hôpital Général de Montréal,
Montréal, Québec.
H3G 1A4

Dr Anthony Guzman,
Professeur adjoint de médecine,
194, rue Main,
Suite 209,
Ottawa, Ontario.
K1S 1C2

Dr Paul Harding,
Département d'obstétrique et de gynécologie,
St. Joseph's Hospital,
London, Ontario,
N6A 4V2

M. Antoine Helewa,
Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme,
920, rue Yonge,
Toronto, Ontario.
M4W 3J7

Dr Takeshi Hirayama,
Chef, Division d'épidémiologie,
Centre national du cancer,
Institut de Recherche,
Tsukiji 5-chome,
Chuo
Tokyo, Japon.

Dr A.M. Hunt,
Directeur, Division d'éducation dentaire supérieure,
Faculté d'art dentaire,
Université de Toronto,
124, rue Edward,
Toronto, Ontario.
M5G 1G6

Docteur A.G. Jessamine,
Bureau d'épidémiologie,
Immeuble L.L.M.,
Parc Tunney,
Ottawa, Ontario.
K1A 0L2

Dr Robert Knights,
Département de psychologie,
Université Carleton,
Ottawa, Ontario.
K1S 5B6

Docteur Denis Leduc,
a/s Hôpital de Montréal pour Enfants,
Montréal, Québec.
H3H 1P3

Dr Donald N. Logsdon,
Directeur médical,
Health Insurance Plan of Greater New York,
625 Madison Avenue,
New York, N.Y.
U.S.A. 10022

Docteur Michael MacLean,
École de service social,
Université McGill,
Montréal, Québec.
H3A 2A7

Docteur J.M. McKenzie,
Département de médecine,
Hôpital Royal Victoria,
Montréal, Québec.
H3H 1A1

Dr Jack Medalie,
Professeur et Président,
Département de médecine familiale,
Faculté de médecine,
Case Western Reserve University,
Cleveland, Ohio.
U.S.A. 44106

Dr A.B. Miller,
Institut national du cancer,
Département de médecine préventive et de biostatique,
Université de Toronto,
121, rue St. Joseph,
Toronto, Ontario.
M5S 2R9

Dr Maurice Nanton,
Izaak Walton Killam Hospital for Children,
5850, avenue University,
Halifax, Nouvelle-Écosse.
B3J 3G9

Dr Rudolph L. Ozere,
Izaak Walton Killam Hospital for Children,
5850, avenue University,
Halifax, Nouvelle-Écosse.
B3J 3G9

Dr Alan Pyesmany,
Izaak Walton Killam Hospital for Children,
5850, avenue University,
Halifax, Nouvelle-Écosse.
B3J 3G9

Dr M. Rang,
Département de chirurgie orthopédique,
Hospital for Sick Children,
555, avenue University,
Toronto, Ontario.
M5G 1X8

Dr James Rankin,
Directeur médical,
Addiction Research Foundation,
33, avenue Russell,
Toronto, Ontario.
M6H 3M4

Dr Sonia Salisbury,
Izaak Walton Killam Hospital for Children,
5850, avenue University,
Halifax, Nouvelle-Écosse.
B3J 3G9

Docteur Alan Sniderman,
Département de médecine,
Hôpital Royal Victoria,
Montréal, Québec.
H3A 1Y1

Dr Ann Spence,
289, avenue Dufferin,
London, Ontario.
N6B 1Z1

Docteur Clifford Spratt,
Pièce C-1339,
Hôpital de Montréal pour Enfants,
Montréal, Québec.
H3H 1P3

Dr Dora Stinson,
Grace Maternity Hospital,
Avenue University,
Halifax, Nouvelle-Écosse.
B3H 1W3

Docteur Michael Terrin,
Fellow, Service de pneumologie,
a/s Département de médecine,
Hôpital Général de Montréal,
Montréal, Québec.
H3G 1A4

Dr G.H. Thompson,
Hospital for Sick Children,
555, avenue University,
Toronto, Ontario.
M5G 1X8

Docteur Pierre Viens,
Professeur agrégé,
Université de Montréal,
Montréal, Québec.
H3C 3J7

Dr Brent Waters,
Psychiatrie,
Royal Ottawa Hospital,
1145, avenue Carling,
Ottawa, Ontario.
K1A 7K4

Dr J. Philip Welch,
Pièce C-R1,
Clinical Research Centre,
Avenue University,
Halifax, Nouvelle-Écosse.
B3H 4H7

Professeur J. Williamson,
Département de médecine gériatrique,
Université d'Édimbourg,
Édimbourg, Écosse.

Dr Elizabeth Winsor,
Pièce C-R1,
Clinical Research Centre,
Avenue University,
Halifax, Nouvelle-Écosse.
B3H 4H7

Dr Alvin Zipursky,
Département de pédiatrie,
Université McMaster,
Hamilton, Ontario.
L8S 4J9

Le Groupe d'étude remercie tous les consultants ci-haut mentionnés ainsi que plusieurs scientifiques renommés qui ont apporté leur aide de façon non officielle.

CHAPITRE 2

Définitions, procédures et critères concernant les recommandations

Définitions

Examen médical périodique, dépistage de masse et dépistage de cas

Bien des discussions furent nécessaires avant d'en arriver à une entente sur la définition et une description globale de l'examen médical périodique, car il n'existe actuellement aucune définition acceptée. On pourrait envisager un «ensemble» d'activités allant de l'évaluation exhaustive en plusieurs phases accompagnée d'examens en milieu hospitalier (comme cela se pratique pour certains cadres de l'industrie privée) à la simple vérification régulière lors de l'embauche, qui ne prend généralement que dix minutes du temps du médecin.

Nous nous sommes limités à l'étude de l'examen médical périodique dans la mesure où il n'a trait qu'au dépistage de masse auprès de personnes asymptomatiques et, de toute évidence, bien portantes. Nous avons défini l'examen médical périodique de façon plus précise comme *un ensemble de tâches visant à déterminer les risques d'affections subséquentes, ou à identifier l'affection dès le début, au stade pré-symptomatique.* L'anamnèse, l'examen physique et les épreuves de laboratoire peuvent s'inscrire parmi ces tâches. De plus, l'examen médical périodique peut comporter de simples interventions (comme la vaccination) permettant d'éviter certaines affections précises chez ceux qui y sont vulnérables.

Nous nous sommes attachés à deux aspects importants des examens médicaux périodiques, soit le *dépistage de masse* et le *dépistage de cas. Le dépistage de masse est une activité menée, de façon aléatoire, auprès de l'ensemble de la population, ensuite réparti en deux groupes: l'un où l'incidence des affections fatales ou entraînant l'incapacité, des états et des comportements morbides est assez élevée et un autre, où cette incidence est faible.* Le dépistage de masse se fait sans qu'une relation permanente, explicite ou tacite, ne s'établisse entre la personne-échantillon et le travailleur de la santé. Par contre, pour ce qui est *du dépistage de cas, la classification est faite par le médecin ou un autre travailleur de la santé ayant établi une relation permanente, explicite ou tacite, avec la personne dont il doit évaluer l'état de santé.* Elle s'effectue généralement lorsque le médecin prodigue des soins pour une affection intercurrente. Ce qui revient à dire qu'il incombe au travailleur de la santé ayant effectué la première classification, c'est-à-dire le dépistage de cas, de suivre la progression du processus morbide chez les personnes à risque élevé.

Dans d'autres chapitres du rapport, nous indiquons des recommandations sur la pertinence de l'examen médical périodique comme technique de dépistage de masse dans certains cas, mais généralement comme technique de dépistage de cas. Ces recommandations portent surtout sur les aspects qui touchent l'ensemble de la population. Nous avons fait une distinction entre ces applications pratiques et l'utilisation de l'examen comme aide du diagnostic ou du pronostic, pour l'évaluation de la progression du processus morbide noté ou la planification du traitement.

Le Groupe d'étude a envisagé l'examen médical périodique dans la mesure où ce dernier permet de proté-

ger des individus contre des dangers particuliers dans certaines industries, pour l'embauche, les activités athlétiques scolaires, le dépistage aux fins d'assurance-vie et d'assurance-invalidité, l'intégration dans des programmes de traitement (e.g. soins gériatriques et soins des enfants atteints d'affections chroniques) et le dépistage auprès des immigrants; mais les recommandations proposées dans ces domaines, dont certains sont vastes, sont nécessairement brèves.

Les définitions susmentionnées sont d'une importance primordiale mais quelques autres termes importants doivent être définis eux aussi:

Tableau I (Autres définitions)

1. *Intervention bénéfique*

On considère qu'une intervention ou une action appliquée à un individu ou à un groupe de personnes est bénéfique lorsqu'elle fait plus de bien que de tort.

2. *Dépistage précoce*

Le dépistage précoce d'une affection ou d'un désordre signifie l'identification des symptômes et des signes physiques avant même qu'ils ne soient apparents au malade, aux membres de sa famille ou à un observateur non professionnel. On peut aussi utiliser comme synonyme l'expression dépistage présymptomatique.

3. *Validité* (effectiveness)

Attribut d'une intervention ou d'une action qui, en plus de son efficacité, est acceptée par ceux à qui elle est offerte. Ainsi, le refus d'accepter ou de se conformer aux soins rendrait nulle une mesure appropriée.

4. *Efficacité* (efficacy)

L'efficacité est l'attribut d'une intervention ou d'une action qui fait plus de bien que de mal chez ceux qui acceptent l'avis qui leur est fourni quant à l'intervention et se conforment aux soins subséquents.

5. *Efficience* (efficiency)

L'efficience est l'attribut d'une intervention de valeur établie dans certaines circonstances, lorsqu'elle est offerte aux bénéficiaires, grâce à l'utilisation optimale des ressources.

6. *Groupes à haut risque d'affections, d'états et de comportements évitables*

Groupes chez qui la fréquence de telles affections est supérieure à celle que l'on retrouve dans l'ensemble de la population canadienne. Pour de tels groupes, il peut s'avérer adéquat d'instaurer des actions de dépistage qui ne sont pas jugées nécessaires ou réalisables pour l'ensemble de la population.

7. *Ensembles de protection sanitaire*

Ensembles d'interventions qui s'appliquent, plus particulièrement dans le cadre d'un examen médical périodique, à certains groupes d'âge ou groupes de malades «à risque élevé». (Il est évident qu'il n'y a pas lieu de recueillir la même anamnèse et de faire les mêmes examens explorateurs supplémentaires pour tous les groupes d'âge et pour tous les groupes à risque, indépendamment des circonstances.)

8. *États et comportements sains*

États et comportements qui supposent une probabilité relativement faible d'évolution vers une maladie fatale ou incapacitante.

9. *Affections fatales ou incapacitantes*

On retrouve, dans cette catégorie, les affections ou les troubles qui entraînent une mort prématurée ou une incapacité permanente grave. Bien qu'on insiste surtout sur les affections qui apparaissent trop tôt, compte tenu de l'âge du malade et de l'évolution naturelle de l'affection, nombre d'affections peu enviables peuvent parfois être évitées à tout âge. Par exemple, les séquelles de l'hypertension chez les vieillards peuvent faire l'objet de mesures préventives valables, compte tenu de l'incapacité qu'elles entraînent et des difficultés supplémentaires qu'elles imposent au malade, à la famille et à la société.

10. *Étapes de contrôle obligatoires*

Ce concept est introduit pour mettre de l'avant une stratégie pratique d'examens médicaux périodiques pour chaque étape de la vie. À certaines tranches de vie, l'examen médical est particulièrement indiqué pour toute, ou du moins une partie, de la population. À titre d'exemple, on englobe la naissance, l'admission au jardin d'enfants ou à l'école primaire, la sortie et l'entrée au pays, la retraite, etc. À de telles étapes, certaines parties du programme d'examens médicaux périodiques pour chaque tranche de vie (comme certains vaccins) peuvent être obligatoires en vertu de la loi.

11. *Individu ne formulant aucune plainte*

Une personne qui subit un examen médical et n'a pas de plainte précise ou de préoccupation particulière concernant sa santé. Il n'est pas toujours facile de faire la distinction entre une personne symptomatique et une autre qui ne formule pas de plainte, puisque le simple fait que celle-ci demande à subir un examen, en l'absence de symptômes plus précis, peut être généralement considéré comme un symptôme ou une plainte.

12. *Affection, état ou comportement évitables*

Affection, état ou comportement que des recherches cliniques bien conçues ont montré comme étant entièrement évitables ou encore dépistables à un stade où le progrès de l'affection ou l'impact de ses conséquences peut être favorablement influencé par le traitement.

13. *Prévention*

Toute mesure permettant de réduire la probabilité d'apparition d'une affection ou d'un trouble qui afflige une personne ou en interrompt ou en ralentit la progression. Il y a trois niveaux de prévention. La *prévention primaire* réduit la probabilité de développement de l'affection ou du trouble. La *prévention secondaire* interrompt ou ralentit la progression de l'affection ou l'apparition de séquelles irréversibles, grâce au dépistage précoce et au traitement. La *prévention tertiaire* s'intéresse à la progression des lésions pathologiques là où elles sont déjà survenues de façon irréversible; on insiste surtout sur les mesures qui permettent d'atténuer l'incapacité ou de ralentir la progression de la maladie.

14. *Dispensateurs*

Ce terme est utilisé au sens large pour englober médecins et autres travailleurs de la santé ou membres du système de prestation des services de santé (tels les employés d'une clinique industrielle) qui effectuent, individuellement ou en groupe, les examens médicaux étudiés dans ce rapport. Ces examens médicaux périodiques *sont ceux qui, d'après nos recommandations, devraient être initiés par un dispensateur ou par le public,* par opposition au «bilan complet» qui pourrait être réclamé par une personne.

15. *États et comportements morbides*

De tels états et comportements, lorsqu'ils sont découverts, traduisent un risque d'affections ou de troubles subséquents. Contrairement aux affections fatales ou incapacitantes, dont on décèle sans mal le trouble ou l'affection, les états et les comportements morbides supposent une haute probabilité d'évolution vers une affection fatale ou incapacitante.

Classement des tâches ayant mené aux recommandations sur l'examen médical périodique

Les tâches qui nous ont menés aux recommandations sur l'examen médical périodique étaient réparties en deux phases. La première visait à achever les tâches soulignées dans les éléments 1 à 5 du mandat, pour en arriver à des recommandations sur les directives régissant l'exercice professionnel et le financement gouvernemental des examens médicaux périodiques. La seconde phase envisageait l'élaboration de méthodes d'évaluation permanente des examens médicaux périodiques, telles que décrites dans l'élément 6 du mandat du Groupe d'étude.

Pendant la première phase, le Groupe d'étude a dû étudier tous les groupes d'affections, tous les facteurs de risques sanitaires et toutes les mesures curatives et préventives, indépendamment des groupes d'âge et du sexe.*

Le cheminement précis suivi pour l'élaboration des recommandations a été:

1. Avant d'étudier les affections une par une, le Groupe d'étude a conçu, en deux étapes, des critères lui permettant de déterminer si une affection donnée pouvait se déceler lors d'un examen médical périodique. Les membres se sont d'abord mis d'accord sur la définition des termes clés. Ils ont ensuite décidé que les preuves se rapportant à chaque affection seraient évaluées en trois points: a) la valeur des mesures curatives ou préventives subséquentes; b) le fardeau de souffrances habituellement associé à l'affection; c) les caractéristiques des activités entreprises dans le cadre d'un examen médical périodique pour déterminer si une personne risque de contracter ou a effectivement l'affection.

Le Groupe d'étude a conçu l'admissibilité des preuves eu égard à ce qui peut être évité et qui constitue une intervention efficace. Cette conception est des plus importantes pour ceux qui veulent comprendre comment et pourquoi le Groupe d'étude en est arrivé à des recommandations précises pour certaines affections.

2. Le Groupe d'étude a relevé, pour fins de discussion, 128 affections (affections fatales ou incapacitantes et états ou comportements morbides). Ces affections furent isolées après l'examen de données provenant de Statistique Canada et l'étude de littérature pertinente. Près de 100 affections furent jugées incapacitantes, fatales, états ou comportements morbides *virtuellement évitables.* Enfin 78 affections ou groupes d'affections furent identifiés pour une étude détaillée.

3. Chacune de ces affections virtuellement évitables a été étudiée à fond. Le Groupe d'étude a étudié la documentation internationale et évalué, pour chacune d'elles les preuves scientifiques de l'apport bénéfique du dépistage précoce ou de la prévention. Des consultants ont aidé le Groupe d'étude dans ses délibérations sur 40 d'entre elles. Le chapitre 3 comporte un résumé des conclusions pour chacune de ces affections virtuellement évitables.

4. Pour chaque affection jugée évitable, des recommandations furent énoncées sur les formalités régissant chaque test ou mesure et sur leur fréquence. Toutes ces mesures furent groupées dans des «ensembles» d'examens, applicables à des groupes d'âge précis. Un programme d'évaluation périodique fut proposé pour chaque tranche de vie ou «ensembles» de protection sanitaire de l'ensemble de la population. Ce programme est expliqué dans le chapitre 4 de ce rapport.

5. Des propositions distinctes pour les groupes de personnes jugées à haut risque furent formulées pour certaines affections évitables.

6. En passant en revue les affections pouvant être évitées, on a constaté que de nombreuses questions sur les examens médicaux périodiques demeuraient sans réponse. Le Groupe d'étude a alors dû souvent émettre des recommandations en dépit d'une absence de données adéquates. Pour que d'autres groupes d'étude ne soient pas devant ce grave problème, des études devront être entreprises en vue d'y répondre. Tout au long de ses délibérations, le Groupe d'étude a donc établi des priori-

* *Le défi différait totalement de celui qu'avait relevé le Groupe d'étude sur le dépistage du cancer du col utérin, cette tâche très difficile et contestée ne touchant que la moitié seulement d'un organe et une seule technique de dépistage principal.*

tés pour la recherche sur les examens médicaux périodiques. Ces priorités sont signalées dans le chapitre 4 et discutées dans le chapitre 5.

7. Du fait de la nature même de la tâche à accomplir, le Groupe d'étude a senti le besoin d'un examen permanent d'évaluation du programme d'examens médicaux périodiques pour chaque tranche de vie. Le chapitre 6 comporte une recommandation sur cette évaluation permanente.

8. Le Groupe d'étude a tenu compte des conséquences économiques et sociales d'un programme d'évaluation périodique pour chaque tranche de vie et les résultats figurent au chapitre 7.

Questions d'ordre général

Il a fallu déterminer si, au cours d'examens médicaux périodiques, il fallait chercher des affections précises; et, avant d'établir des critères précis pour déterminer celles qu'il faudrait étudier, deux questions d'ordre général furent débattues.

L'une concernait les objectifs sous-jacents de ces examens médicaux périodiques. L'objectif premier était, de toute évidence, de prévenir les altérations de la santé comme la mort prématurée, la maladie, l'incapacité, les malaises et le mécontentement. Nous avons par contre convenu qu'un tel examen devait également promouvoir les aspects positifs de la santé comme le meilleur rendement au travail et les relations familiales harmonieuses. En termes pratiques, nous nous sommes surtout attachés au premier objectif, d'une part parce que la majeure partie des travaux effectués sur les examens médicaux périodiques avaient cet objectif en tête. Les membres du Groupe d'étude ont cependant admis à l'unanimité l'importance de la promotion de la santé (plutôt que la prévention de la maladie). Nous avons étudié, chaque fois que cela était possible, les aspects de l'examen médical périodique dans cette optique. Nous avons aussi admis qu'il y avait d'autres motifs pour effectuer des examens complets auprès des malades, l'un d'eux étant d'établir une relation professionnelle avec le nouveau malade. Un autre consiste à recueillir des données de base complètes pour fins de comparaison avec d'autres, mais ces objectifs additionnels ne sont généralement pas inclus dans nos critères.

La deuxième question portait sur la décision qu'il nous faudrait prendre, à savoir si nous devions d'abord aborder les examens médicaux périodiques à partir de ce qui se fait déjà dans ce domaine ou à partir d'affections qu'il faudrait déceler. Nous avons étudié, par exemple, la possibilité de recommander une analyse d'urine, alors que nous aurions pu nous demander s'il fallait déceler le diabète sucré, une infection des voies urinaires ou un calcul rénal et si l'analyse d'urine devait être envisagée en fonction de chacune de ces affections. Nous avons opté pour l'affection à éviter, pour nous attacher ensuite au dépistage ou à l'intervention s'appliquant à cette affection. Après avoir pris bien des décisions quant à toutes ces affections envisagées, l'examen et les interventions proposées furent regroupés en «ensembles» applicables à différentes étapes de la vie. Ayant commencé avec un problème (une affection virtuellement évitable) pour nous attaquer à sa solution (l'examen proposé ou l'intervention), il fut possible de comprendre pourquoi un examen particulier ou une intervention donnée étaient, dans la plupart des cas, recommandés lors de l'examen médical périodique.

Critères permettant de juger chaque affection virtuellement évitable

Comme on l'a déjà mentionné, près de 100 affections incapacitantes, fatales, états et comportements morbides furent jugés comme *virtuellement* évitables. Après avoir jugé chacun d'eux en fonction de critères soigneusement élaborés, le Groupe d'étude a pu déterminer si ces troubles étaient vraiment évitables à l'heure actuelle. Chaque affection a donc été jugée d'après un ensemble normalisé de règles. Les critères furent élaborés pour tenir compte de la valeur des preuves scientifiques soumises aux fins de recommandations. Ces critères sont:

1. *Critères permettant de juger de la valeur du traitement ou de la mesure préventive*

En se prononçant sur la valeur, le Groupe d'étude s'est posé la question suivante: la mesure, préventive ou thérapeutique, appliquée après l'examen médical périodique fait-elle plus de bien que de mal aux malades à qui elle est offerte? Sa valeur repose sur deux éléments: l'efficacité (le régime fait-il plus de bien que de mal aux malades qui s'y conforment rigoureusement) et l'adhésion active (le comportement du malade par rapport aux prescriptions cliniques, médicaments, régime, etc.). Il y a aussi un autre aspect important de la valeur du traitement appliqué à la suite d'un examen médical périodique. Le traitement appliqué au cours des phases asymptomatiques devrait s'avérer supérieur à celui qui est institué une fois les symptômes décelés.

Des preuves attestant de la valeur d'une intervention sont plus ou moins sûres. Le Groupe d'étude en a identifié trois catégories:

I. Au moins un test assez bien structuré et effectué de façon aléatoire a révélé que les mesures curatives ou préventives ont fait plus de bien que de mal si l'on considère la survie, le bien-être physique, social et affectif, et l'absence de douleurs et d'anxiété.

II-1. Des études analytiques bien structurées de cohortes ou des études avec groupe contrôle (effectuées de préférence dans plusieurs centres et par plusieurs groupes de recherche) laissent croire que le traitement ou les mesures préventives font plus de bien que de mal.

II-2. Des comparaisons entre les époques et les lieux où des mesures curatives ou préventives furent appliquées par opposition à d'autres où l'on s'en est abstenu, révèlent que les mesures curatives ou préventives ont fait plus de bien que de mal. À la suite d'expériences non contrôlées (tels les résultats obtenus après l'introduction de la pénicilline au cours des années 40), des résultats dramatiques peuvent aussi être considérés comme des preuves de la catégorie II.

III. D'éminents experts faisant autorité dans le domaine sont convaincus de la valeur ou de la nullité des mesures curatives ou préventives à la suite d'études descriptives, d'expériences cliniques ou de rapports fournis par des comités d'experts ou des groupes d'étude.

2. *Critères permettant de juger le fardeau de souffrances qu'entraîne l'affection et pouvant être allégé*

On étudie ici deux critères: les conséquences pour la personne et les conséquences pour la société.

a. Les conséquences de l'affection pour la personne doivent être importantes et correspondre à au moins un des points suivants:

i) nombre moyen d'années de vie perdues par ceux qui meurent de l'affection;

ii) morbidité due à l'affection (journées d'hospitalisation; perte de productivité; malaises physiques, sociaux et affectifs; douleurs; mécontentement);

iii) dépenses associées au traitement des personnes si l'affection n'est pas évitée;

iv) conséquences immédiates et éventuelles pour la famille du malade.

b. Les conséquences de l'affection pour la société doivent être importantes et correspondre à au moins un des points suivants:

i) mortalité due à l'affection et à ses séquelles;

ii) morbidité due à l'affection et à ses séquelles (taux des congés d'hôpital; journées d'hospitalisation; visites du médecin; prévalence, incidence; pertes de productivité);

iii) coût du traitement;

iv) effet de la mise en application ou de l'arrêt d'une mesure préventive vis-à-vis de l'affection en question.

3. *Critères permettant de savoir s'il faut entreprendre un examen ou une mesure pour déceler ou prévenir l'affection*

Deux phénomènes peuvent se produire lors de l'examen médical périodique. Le relevé des antécédents personnels, l'examen physique et les épreuves de laboratoire peuvent *déceler* une affection; certaines mesures (comme les vaccins) peuvent *l'éviter*. Dans chaque cas, l'examen ou la mesure furent jugés en fonction des critères suivants:

a. les avantages (comme les effets positifs du vaccin ou le réconfort qu'il procure) et les risques (comme poser une «étiquette» sur le malade ou susciter d'autres effets secondaires) que l'examen ou la mesure comportent;

b. la sensibilité, la spécificité et la valeur de prédiction;

c. la sécurité, la simplicité, l'acceptabilité pour les malades et le coût.

Catégories de recommandations

Après avoir évalué les preuves relatives à chaque affection en fonction des trois dimensions mentionnées ci-dessus, la recommandation proposée se répartit de la façon suivante:

A Il existe de bonnes preuves à l'appui de la recommandation d'inclure l'affection dans l'examen médical périodique.

B Il existe des preuves passables à l'appui de la recommandation d'inclure l'affection dans l'examen médical périodique.

C Il y a eu peu de preuves à l'appui de la recommandation d'inclure (ou d'exclure) l'affection dans un examen médical périodique, et des recommandations peuvent être faites à partir d'autres motifs.

D Il existe des preuves passables à l'appui de la recommandation d'exclure l'affection de l'examen médical périodique.

E Il existe de bonnes preuves à l'appui de la recommandation d'exclure l'affection de l'examen médical périodique.

Étant donné que la valeur du traitement ou de la mesure préventive pour une affection revêtait une telle importance pour le Groupe d'étude, la recommandation finale pour chaque affection reposait fortement sur l'évaluation de la preuve à l'appui de la valeur du traitement. Ainsi, une recommandation de la catégorie A est rarement accordée sans preuve de la catégorie I sur la valeur de la mesure curative ou préventive. Cependant, on fait exception à la règle voulant que seules les preuves de la catégorie I entraînent des recommandations de catégorie A quand il est démontré, en se basant sur la catégorie II, qu'une intervention permet de sauver la vie des victimes universellement reconnues comme vouées à une mort certaine. Si, par exemple, on ne traite pas l'hypertension maligne, toutes ses victimes en mourront; mais, la plupart survivront si elles sont traitées. Les preuves de la catégorie II sont alors suffisantes pour justifier une recommandation de la catégorie A. De tels exemples sont très rares et les preuves expérimentales de catégorie I s'imposaient pour la plupart des affections avant que la recommandation la plus élevée puisse être accordée.

Pour certaines des affections examinées, la recommandation finale fut moins bien déterminée que la preuve concernant la valeur de leur traitement. Cela provient des problèmes que pose la mesure de dépistage utilisée ou de l'évaluation du fardeau de souffrances. Nous avons été impressionnés, par exemple, par la preuve pour le traitement précoce du cancer du sein et celui du côlon et du rectum, mais dans chaque cas, le dépistage pose de graves problèmes et la recommandation comporte alors, pour chacune de ces affections, les trois dimensions évaluées.

Les affections auxquelles s'appliquent les recommandations de la catégorie C posent des problèmes spéciaux. Au fond, les preuves dont le Groupe disposent ne lui ont pas permis de décider s'il fallait essayer de déceler ces affections pendant l'examen médical périodique et il est donc moins certain de ses recommandations d'inclure ou d'exclure les affections sujettes aux recommandations de catégorie C. Les preuves étant inadéquates, le péché par prudence était de mise. Les directives ou principes généraux apparaissant ci-dessous furent utilisés pour

recommander l'inclusion ou l'exclusion d'affections de catégorie C:

1. essayer de minimiser le risque encouru en ajoutant ou en retenant une intervention de dépistage ou en retirant une mesure présentement utilisée;
2. augmenter la crédibilité de toutes les recommandations en ne prônant des modifications importantes aux pratiques admises que lorsqu'il existe d'excellentes preuves à l'appui de la nécessité d'un tel changement;
3. éviter la possibilité d'étiqueter inutilement les gens comme étant «malades»;
4. minimiser le coût des services de santé en évitant d'avoir recours à des mesures coûteuses dont l'utilité est équivoque ou inconnue;
5. s'attarder aux problèmes et aux affections associés à un fardeau de souffrances élevé pour les personnes et la population en général;
6. ne pas négliger les besoins et problèmes distincts des groupes à risque élevé.

De plus, des commentaires furent émis lorsqu'ils s'avéraient souhaitables d'après trois critères: a) la fréquence de tout test ou mesure proposé, b) l'existence de groupes à risque élevé nécessitant de fréquents examens et c) la nécessité d'appliquer la mesure. Cette mesure peut être appliquée au cours d'une visite médicale au cabinet suite à une plainte sans rapport avec l'affection, au cours d'un examen médical réclamé par le malade ou des travailleurs de la santé, à la suite de toute plainte précise ou dans le cadre d'un programme collectif au niveau local, ou, encore, pendant la combinaison des situations décrites ci-dessus.

CHAPITRE 3

Évaluation des affections pouvant être évitées

Après s'être mis d'accord sur les critères concernant l'admissibilité des preuves relatives au dépistage précoce ou présymptomatique des affections étudiées, et avoir pris des décisions définitives quant à son mandat et à la nature de son travail, le Groupe d'étude a brièvement trié les principaux codes de diagnostics de la Classification internationale des maladies. Il a relevé environ 128 problèmes, c'est-à-dire affections incapacitantes, maladies fatales, états et comportements morbides. Le Groupe d'étude s'est penché sur ces 128 affections. Après avoir passé en revue la documentation et les connaissances des membres du groupe et des consultants, le Groupe d'étude en est arrivé sans mal à conclure que, parmi les affections ayant été tout d'abord *jugées virtuellement évitables*, cette appellation ne pouvait s'appliquer à environ 30 d'entre elles. Dans certains cas, quand une affection donnée pouvait être évitée, que le fardeau de souffrances était relativement léger, que le nombre de cas au Canada était relativement faible ou qu'il y avait un manque évident de mesures de dépistage appropriées, nous étions portés à croire que l'affection ne devait pas faire l'objet d'une étude en profondeur. Nous ne prétendons pas que cette étude soit exhaustive et qu'elle couvre toutes les affections virtuellement évitables et dignes d'étude. Nous avons dû faire quelques exclusions en raison des contraintes temporelles imposées aux membres du Groupe d'étude et des échéances arrêtées pour la présentation de ce rapport.

Bref, nous nous sommes penchés sur plus de 90 affections, états ou comportements morbides qui devaient, à notre avis, pour diverses raisons, être considérés comme prioritaires. Ils firent l'objet d'une étude approfondie par le Groupe d'étude ou par plus de 40 consultants de l'extérieur. Pour chaque affection, la documentation internationale a été dépouillée en vue d'une évaluation des preuves scientifiques quant aux avantages du dépistage précoce, ou de la prévention. Bien que le point de départ de la délimitation des conditions ait été la Classification internationale des maladies, adaptée, chaque problème étudié fut reclassifié quant aux conditions de façon à l'aligner le plus possible avec la situation que ceux qui dispensent les premiers soins rencontrent couramment. (Le meilleur exemple de cette approche est la condition qui fut rebaptisée «Incapacité progressive de la vieillesse» pour couvrir l'ensemble des problèmes cliniques et sociaux affectant les vieillards, surtout ceux ayant plus de 75 ans). En général, cette nouvelle délimitation regroupe plus de désignations traditionnelles, mais dans certains cas, elle a entraîné la scission de rubriques en plusieurs parties, comme pour le diabète chez les adultes, qui fut étudié séparément pour les femmes enceintes. En d'autres termes, nous nous sommes conformés au principe voulant que la condition au sujet de laquelle nous avions abouti à une décision serait définie de façon à avoir une signification clinique pour ceux qui dispensent les premiers soins. Après avoir évalué les preuves concernant certaines affections, il nous est apparu inapproprié de faire des recommandations précises à leur sujet. Nous avons rédigé 78 résumés distincts pour les affections et états identifiés.

Lorsque l'évaluation était effectuée par un consultant de l'extérieur, son rapport faisait l'objet d'études et de discussions par le Groupe d'étude au complet, qui rendait alors une décision sur la qualité des preuves invoquées, sur la valeur de la mesure préventive ou curative et des recommandations liées au plan d'examens médicaux périodiques pour chaque tranche de vie. Règle générale, nous étions d'accord avec les conclusions et recommandations des consultants, mais ce ne fut pas toujours le cas. Les membres du Groupe d'étude acceptent l'entière responsabilité des recommandations, et plus particulièrement dans les cas de désaccord entre le Groupe d'étude et un ou plusieurs consultants sur une affection. De la même façon, il y eut parfois divergence entre les recommandations d'un membre du groupe ayant exécuté une étude en profondeur et le groupe en entier. Les présentes conclusions et recommandations sont celles du groupe tout entier.

Tableau IIa – Liste alphabétique des affections révisées par le Groupe d'étude

Accidents (autres que les accidents de véhicules automobiles) (71)

Accidents de véhicules automobiles (70)

Accouchement prématuré (64)

Anémie ferriprive (45)

Anomalie du tube neural (8)

Autres maladies contre lesquelles on peut s'immuniser (18)

Avortement spontané répété (65)

Bactériurie en période de grossesse (66)

Blennorragie (24)

Bronchite chronique (46)

Cancer de la cavité buccale (57)

Cancer du col de l'utérus (49)

Cancer du côlon et du rectum (50)

Cancer de l'estomac (52)

Cancer de la peau (55)

Cancer du poumon (cancer broncho-pulmonaire) (51)

Cancer de la prostate (53)

Cancer du sein (48)

Cancer de la vessie (54)

Carence en alpha-1-antitrypsine (47)

Caries dentaires (67)

Cholélithiase (76)

Conséquences de l'alcoolisme des parents sur les enfants (14)

Consommation d'alcool (37)

Détresse respiratoire du nouveau-né (1)

Diabète sucré chez l'adulte (à l'exclusion des femmes enceintes) (58)

Dystrophie musculaire progressive (myopathie de Duchenne) (10)

Fibrose kystique du pancréas (mucoviscidose) (9)

Gastro-entérite aiguë de l'enfance (19)

Glaucome à angle ouvert (41)

Grossesse non désirée chez les adolescentes (63)

Hyperactivité et difficultés d'apprentissage (33)

Hyperlipidémie (42)

Hypertension (43)

Hyperthyroïdie (59)

Hypothyroïdie (60)

Hypothyroïdie du nourrisson (5)

Incapacité progressive liée à l'âge (78)

Incompatibilité sanguine foeto-maternelle (62)

Infection génitale par la chlamydia (26)

Infection streptococcique hémolytique qui peut causer la glomérulonéphrite aiguë ou la fièvre rhumatismale aiguë (20)

Infections par le virus du groupe herpès de type 2 et infections à cytomégalovirus (27)

Infection des voies urinaires (21)

Insuffisance pondérale du nouveau-né (28)

Luxation congénitale de la hanche (7)

Maladie hémorragique du nouveau-né (2)

Maladie de Hodgkin (56)

Maladie de Tay-Sachs (12)

Maladies infectieuses affectant les voyageurs internationaux (16)

Maladies infectieuses contre lesquelles on peut s'immuniser (15)

Maladies parasitaires autres que la toxoplasmose (23)

Malaises associés à la retraite (77)

Malformation du septum interventriculaire (11)

Malnutrition (29)

Ménopause (61)

Obésité chez les enfants (30)

Ophtalmie purulente (gonococcique) du nouveau-né (4)

Parodontite (69)

Pelvispondylite rhumatismale (73)

Phénylcétonurie (6)

Polyarthrite rhumatoïde (74)

Problèmes parentaux y compris l'enfance maltraitée et négligée (32)

Scoliose (72)

Strabisme (38)

Syndrome de Down (mongolisme) (13)

Syphilis (25)

Syphilis congénitale (3)

Tabagisme (36)

Thalassémie (44)

Toxoplasmose (22)

Troubles auditifs (40)

Troubles de croissance (hormonaux) (31)

Troubles familiaux, problèmes conjugaux et sexuels (34)

Troubles orthodontiques (68)

Troubles psychiatriques (troubles affectifs et suicide) (35)

Tuberculose (17)

Ulcère gastro-duodénal (75)

Vices de réfraction (39)

1 *Détresse respiratoire du nouveau-né.*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: passable	II-1	Détection durant la grossesse de facteurs étiologiques indicateurs de risque élevé. Télé-surveillance du foetus durant le travail	B

1. Quelques mesures passables justifient la recommandation voulant que, lors de leur examen médical périodique, les femmes soient informées de la nécessité d'être en bonne santé et de recevoir des soins efficaces pendant leur grossesse, les mesures de prévention primaire contribuant à réduire la mortalité périnatale.

2. Dans le domaine des soins prénatals, il faut chez la mère, rechercher les facteurs étiologiques permettant de supposer que le nouveau-né sera particulièrement exposé à cette affection.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Les mesures de prévention primaire permettent de réduire le taux de mortalité périnatale, même si les données sur leur efficacité ne sont pas bien définies. Parmi ces mesures de prévention primaire, certaines s'appliquent à toutes les femmes enceintes: contribution à la croissance intra-utérine (par ex. par une alimentation saine, un repos adéquat, arrêt de l'usage du tabac); prévention de la prématurité; prévention de l'isoimmunisation Rh; diagnostic précoce de maladies chez la mère et prévention des complications; prévention de l'hypotension chez la mère et de l'acidose et soins prénatals généraux.
Un deuxième groupe de mesures de prévention primaire comporte celles qui visent à contrôler ou à renverser une situation de risque croissant de détresse respiratoire du foetus.

2. Les mesures de prévention secondaire essayent de traiter la détresse respiratoire dès son apparition pendant la surveillance foetale. Elles comprennent un apport d'oxygène et de glucose à la mère et la modification de sa position pendant l'accouchement.

3. Des mesures de prévention tertiaire sont parfois prises pour traiter un nouveau-né qui, en l'absence de soins, risquerait de porter des séquelles permanentes d'asphyxie.

4. Pour ce qui est de l'examen médical périodique, il est bon que la femme soit informée de l'importance d'être en bonne santé et de recevoir des soins adéquats et que les possibilités de complications soient identifiées.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne.

1. La détresse respiratoire est à l'origine d'un bon nombre de décès périnataux, mais il est impossible de préciser jusqu'à quel point elle peut entraîner la morbidité à long terme. Il est également impossible de déterminer si cette détresse respiratoire entraîne une continuité d'effets, allant de la mortinatalité et de la mortalité néonatale à des dysfonctionnements mineurs du système nerveux ou une issue fatale de tout ou rien. Le taux approximatif de mortalité néo-natale liée à cette détresse respiratoire varie de 2,1 à 9,0 sur 1000 nouveau-nés vivants.

2. Des études ultérieures n'ont pas encore fourni de renseignements sur les séquelles à long terme de la détresse respiratoire du nouveau-né. Entre 25 et 50 p. 100 des nouveau-nés qui en souffrent de façon modérée à grave manifestent immédiatement des séquelles touchant au moins un organe. Le système nerveux est celui qui est le plus manifestement atteint: les études menées auprès de groupes de contrôle tendent à démontrer une fréquence accrue des séquelles chez les nourrissons ayant des antécédents de détresse respiratoire post-natale.

3. Les individus touchés sont souvent handicapés dans leur productivité au travail et doivent constamment s'adapter et rechercher un appui plus ou moins important tout au long de leur vie.

B. Pour la société.

1. L'impact exact de cette détresse respiratoire du nouveau-né sur la société n'est pas facile à évaluer, même si la société le ressent généralement à long terme au niveau de la morbidité, de la mortalité et du coût des soins médicaux et hospitaliers.

2. En général, cet impact peut se mesurer du fait que la détresse respiratoire du nouveau-né cause de 16 à 25 p. 100 des décès survenant pendant la première semaine suivant la naissance chez les nourrissons pesant plus de 1000 g.

III. *Intervention*

La détection est considérée eu égard à la prévention primaire chez la femme enceinte. Certains facteurs étiologiques de la mère sont identifiables; ils peuvent être groupés par phases: prénatale, périnatale et néo-natale. Les facteurs les plus sérieux sont les suivants:

Phase prénatale	*Phase périnatale*	*Phase néo-natale*
Toxémie gravidique	Toxémie	Prématurité (moins de 2000 g)
Hypertension	Hydramnios	Apgar moins de 5 après 5 min.
Rénopathie	Oligohydramnios	Réanimation à la naissance
Cardiopathie	Amniotite	Anomalies foetales
Diabète sucré	Rupture utérine	Syndrome de la détresse respiratoire
Ablation des glandes endocrines	Troubles placentaires: (placenta praeviae, détachement prématuré du placenta, post-maturité, liquide amniotique teinté de méconium foncé)	Pneumonie congénitale
Transfusion foetale, antérieure à cause d'une incompatibilité Rh	Troubles foetaux (position anormale, bradycardie ou tachycardie de plus de 30 min, présentation du siège extraction totale, procidence du cordon, poids du foetus inférieur à 2500 g, acidose foetale, pH à moins de 7,5, grossesse multiple)	Anomalies des voies respiratoires
Grossesses antérieures difficiles (grossesse multiple, mort foetale mort néo-natale, accouchement prématuré, post-maturité)		Apnée
Troubles anatomiques (malformation utérine, béance du col de l'utérus, polyhydramnios, position foetale anormale)		Autres détresses respiratoires
		Hypoglycémie, hyperglycémie
		Anomalies cardiaques graves requérant un cathétérisme immédiat
		Insuffisance cardiaque
		Hyperbilirubinémie
		Diathèse hémorragique
		Aberrations chromosomiques
		Infection
		Dépression du système nerveux central plus de 24 heures
		Convulsions

Bibliographie sélectionnée:

Goodwin, 1969; Hobel, 1976; Hobel, 1973; Ott, 1976; Steiner, 1975.

2 *Maladie hémorragique du nouveau-né*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: effective	II-2	Injection de 1 mg de vitamine K_1 après la naissance	B

Recommandation

1. Des preuves plus ou moins adéquates permettent d'appuyer l'administration, dès la naissance, de vitamine K_1 (1 mg intramusculaire) à tous les nouveau-nés pour éviter la maladie hémorragique du nouveau-né.

2. Compte tenu des difficultés que pose l'échantillonnage des populations et les problèmes reliés à l'interprétation des constatations, le dépistage par l'étude des mécanismes de coagulation n'est pas recommandé.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Même si la généralisation de cette administration de vitamine K_1 aux nouveau-nés paraît justifiée, puisque ces derniers peuvent présenter une carence en vitamine K, les rapports d'études prêtent à confusion. Certaines études montrent que l'administration de vitamine K est reliée à une réduction de l'incidence de la maladie hémorragique et à une augmentation dans le sérum des facteurs de coagulation vitamine K dépendants; d'autres ne parviennent pas à démontrer quelque effet bénéfique sur les facteurs de coagulation ou sur l'incidence de l'hémorragie.

2. Une autre source de confusion provient du fait qu'il a été observé que le sang des nouveau-nés ne contient pas de prothrombine, précurseur de la thrombine normalement présente chez les personnes souffrant de carence en vitamine K.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. L'incidence de cette maladie chez les nourrissons (environ 1,5%) et le taux de mortalité (jusqu'à 30% dans certaines séries) peuvent indiquer le fardeau actuel de souffrances, associé à la maladie hémorragique du nouveau-né.

2. Sa morbidité est également importante. Des saignements de l'ombilic et d'une plaie de circoncision, dans le crâne (dans le tissu sous l'aponévrose épicrânienne), du tractus gastro-intestinal et des glandes surrénales peuvent se produire.

3. Cette maladie semble beaucoup plus fréquente chez les bébés allaités au sein que chez ceux nourris au biberon.

III. *Intervention*

Administration à tous les nouveau-nés, dès la naissance, de vitamine K_1; injection intramusculaire de 1 mg. Les effets secondaires sont minimes.

Bibliographie sélectionnée:
Mountain, 1970; Sutherland, 1967.

---

3 *Syphilis congénitale*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: généralement secondaire, puisque la mère est infectée	II-2	Test sérologique	B-Pour la population en général
Traitement: la pénicilline administrée avant la 16e semaine est généralement efficace			A-Pour les groupes à risque élevé

Recommandation

Des preuves plus ou moins adéquates permettent d'appuyer la recommandation d'inclure cette affection à l'examen médical périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention peut être primaire, secondaire ou tertiaire. Les mesures de prévention secondaire ou tertiaire, supposant que la future mère est infectée, sont les plus faciles à appliquer. Les tests de dépistage comportent les tests VDRL et FTA-ABS.

2. Parce que le traitement avant la 16e semaine de grossesse évite, dans presque tous les cas, l'infection du foetus, et la syphilis congénitale étant plus grave si l'infection de la femme enceinte est récente (spécialement après la conception et particulièrement après la 16e semaine), les femmes à risque élevé devraient subir des tests sérologiques à deux reprises pendant leur grossesse (au début et vers la fin). Un prélèvement du sang du cordon ombilical devrait également être fait.

3. Si cela s'avère nécessaire pendant les premiers mois suivant la naissance, une série de tests quantitatifs à la réagine doivent être effectués sur la mère et sur l'enfant; des tests quantitatifs hebdomadaires devraient être effectués chez l'enfant pendant le premier mois suivant la naissance.

4. Le traitement recommandé est:
a) Pour les enfants dont le liquide céphalo-rachidien est anormal, 50 000 U/kg de pénicilline G cristalline aqueuse par voie intramusculaire ou intraveineuse en deux doses fractionnées pendant au moins 10 jours, ou 50 000 U/kg de pénicilline G procaïne aqueuse par voie intramusculaire tous les jours pendant au moins 10 jours.
b) Pour les enfants dont le liquide céphalo-rachidien est normal, 50 000 U/kg de benzathine-pénicilline G par voie intramusculaire en une dose, mais si la syphilis nerveuse ne peut être exclue, recourir à la pénicilline aqueuse ou procaïne. La benzathine-pénicilline G ne ramène pas le liquide céphalo-rachidien à des niveaux adéquats.

5. Une postobservation doit être exercée sous forme de tests sérologiques quantitatifs aux troisième, sixième et douzième mois suivant le traitement, et les malades atteints de syphilis nerveuse devraient être suivis de près pendant au moins 3 ans.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. De 1967 à 1971, 50 cas de syphilis congénitale furent rapportés en moyenne à chaque année au Canada.

2. Les effets de cette affection sont fort importants pour les personnes chez qui elle n'a pas été diagnostiquée, puisqu'il est impossible d'éviter bon nombre de séquelles lorsque le diagnostic et le traitement sont retardés. Cela est particulièrement vrai pour la kératite interstitielle, qui n'apparaît qu'à 9 ou 10 ans.

3. Si cette affection n'est pas évitée, le coût du traitement peut être fort élevé pour le malade, surtout si une invalidité permanente résulte de sa cécité.

4. Les effets sur la famille sont grands eux aussi, en partie du fait des implications sociales que le mode d'infection entraîne.

III. *Intervention*

1. Le dépistage est simple et efficace et la documentation sur la sensibilité, la spécificité et la valeur de prédiction de l'intervention est abondante.

2. La simplicité, la sécurité et le coût de l'intervention rendent celle-ci possible dans le cadre d'un programme de soins médicaux.

3. Pour les raisons données en I.2, les tests sérologiques devraient se faire à deux reprises pendant la grossesse chez les femmes à risque élevé (au début de la grossesse et pendant le dernier trimestre).

Bibliographie sélectionnée:

Fiumara, 1975; Harter, 1976; Willcox, 1975.

---

4 *Ophtalmie purulente (gonococcique) du nouveau-né*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: effective	II-2	Instillation dans chaque oeil d'un collyre au nitrate d'argent à 1%	A

Recommandation

1. De bonnes preuves justifient l'instillation d'un collyre au nitrate d'argent à 1% en une seule occasion (une goutte, tirée d'une ampoule – dose dans chaque oeil); c'est un moyen sûr et efficace d'éviter l'ophtalmie du nouveau-né.

2. Cette instillation doit se faire chez tous les nouveau-nés dès la naissance.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention primaire comporte, chez la mère, le dépistage prénatal de la pelvipéritonite gonorrhéique et son traitement efficace. Cette prévention est coûteuse et difficile.

2. La prévention secondaire est l'application du procédé Credé modifié (instillation d'une goutte d'une solution de nitrate d'argent à 1% dans chaque oeil, sans irrigation). Cette mesure semble efficace et a été recommandée aux États-Unis par la *National Society for the Prevention of Blindness*, l'American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology, l'American Academy of Pediatrics et *l'American Medical Association;* et, au Canada, par la Société canadienne de pédiatrie.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. La plus haute fréquence de l'ophtalmie purulente est enregistrée chez les collectivités ne bénéficiant pas de mesures prophylactiques et est de 560 sur 100 000 par rapport à 59,5 sur 100 000 chez celles où le traitement au nitrate d'argent est appliqué. Des études non contrôlées révèlent un plus faible taux chez les nourrissons traités prophylactiquement au nitrate d'argent. La proportion de la population inscrite dans des écoles pour aveugles suite aux séquelles d'ophtalmie purulente est passée de 24% à 0.3% après l'introduction du traitement au nitrate d'argent.

2. Le seul effet secondaire de l'instillation du nitrate d'argent est la conjonctivite chimique passagère; l'utilisation d'une ampoule – dose en cire l'a nettement atténué.

III. *Intervention*

Instillation d'une goutte de collyre au nitrate d'argent à 1% peu de temps après la naissance.

Bibliographie sélectionnée:

Barsam, 1966; Remington, 1976; Snowe, 1973.

---

5 *Hypothyroïdie du nourrisson*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
L'efficacité du dépistage de cas à intention curative est excellente. Le diagnostic pendant l'enfance améliore le pronostic du développement mental Traitement: très effectif	II-1	Épreuve de la thyrosine (T4) sur papier-filtre chez tous les nouveau-nés; épreuve à la TSH utilisée comme aide au besoin.	A

Recommandation

1. D'assez bonnes preuves démontrent que le dépistage néo-natal de l'hypothyroïdie en décèle effectivement des cas et qu'il doit être effectué dès la première semaine suivant la naissance.

2. Parmi les nourrissons très exposés à en souffrir, il faut compter ceux dont la mère a déjà reçu des iodures, du prophylthiouracil ou de l'iode radioactif.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention est secondaire.

2. Le dépistage néo-natal de l'hypothyroïdie est efficace; l'identification des enfants atteints dès la naissance améliore le pronostic du développement mental.

3. Le traitement de l'hypothyroïdie est uniformément sûr, simple, peu coûteux, facile d'accès et efficace.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. En 1974, 26 nouveaux cas d'hypothyroïdie du nourrisson furent identifés, également répartis selon le sexe.

2. L'hypothyroïdie congénitale ne réduit pas la longévité normale, mais altère le développement mental. Environ 30 p. 100 des malades atteints n'ayant pas reçu de traitement précoce doivent être mis en établissement.

3. L'hypothyroïdie congénitale non traitée désunit la famille et entraîne des soins coûteux pour le malade.

4. Le coût du programme de dépistage néo-natal n'est pas facile à évaluer. Une étude torontoise a estimé que pour chaque enfant atteint de crétinisme, il en côute $100 000.

III. *Intervention*

1. Le dépistage de l'hypothyroïdie du nourrisson doit se faire par observation des taches de la thyroxine sérique (t4) sur papier-filtre. Le test des taches de la TSH (thyréostimuline) et l'observation d'autres bandes de papier-filtre avec des taches de thyroxine (T4) peuvent aider, le cas échéant.

2. Le risque «d'étiquetage» du nourrisson comme étant atteint d'hypothyroïdie congénitale paraît contrebalancé par les conséquences graves qu'un retard de traitement peut avoir sur l'apparition des stigmates physiques.

Bibliographie sélectionnée:

Dussault, 1975; Dussault, 1976; Klein, 1972; Walfish, 1976.

6 *Phénylcétonurie*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Le dépistage et le traitement sont très effectifs s'ils sont effectués entre le 4e et le 21e jour de vie.	II-1	À des fins de dépistage, inhibition microbiologique (Guthrie) et épreuves fluorimétriques; il peut s'avérer nécessaire de répéter ces épreuves et d'effectuer une épreuve complémentaire de chromatographie sur papier	A

Recommandation

1. Le dépistage et le traitement disponible étant très efficaces, des preuves pertinentes permettent de recommander l'inclusion du dépistage de la phénylcétonurie à l'examen de tous les nouveau-nés, dans le cadre des programmes communautaires.

2. Ces programmes de dépistage doivent être étroitement reliés aux installations destinées à confirmer les diagnostics et à une stricte surveillance de la diétothérapie.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. L'efficacité du dépistage néo-natal dépend de l'âge auquel il est effectué; chez les enfants de moins de 4 jours, il ne révèle pas toujours l'affection (spécialement chez les filles). Tout retard dans les tests de contrôle, chez les enfants virtuellement atteints, peut retarder leur traitement et être ainsi à l'origine de leur arriération mentale.

2. Chez beaucoup d'enfants, l'arriération mentale est irréversible quand la diétothérapie n'a pas débuté dès les 3 premières semaines suivant la naissance. Leur capacité intellectuelle réelle est inversement proportionnelle à l'âge auquel la diétothérapie a débuté.

3. Les observations effectuées chez les enfants des mêmes parents, dépistés à temps, et chez les patients indices dépistés tardivement, révèlent que seulement un

individu sur 6 ou 7 atteints de phénylcétonurie classique non traitée aura un quotient intellectuel supérieur à 70.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. La prédominance de phénylcétonurie (Ontario, Québec, États-Unis) est de 6,7 par 100 000 nouveau-nés examinés.

2. Étant donné que le quotient intellectuel de la grande majorité des personnes souffrant de phenylcétonurie non traitée est inférieur à 50, l'incidence économique et affective résultant de l'incapacité de la dépister et de débuter le traitement dès la troisième semaine après la naissance, est énorme. Les avantages de ce dépistage en surpassent indiscutablement les coûts.

III. *Intervention*

1. Les deux méthodes les plus utilisées sont le test d'inhibition microbiologique (Guthrie) et le test fluorométrique. Ce dernier, maintenant automatisé, donne des résultats plus faciles à quantifier. Une troisième méthode est la chromatographie sur papier des acides aminés du plasma ou du sang; elle offre l'avantage de dépister simultanément diverses anomalies de la teneur en aminoacides, mais offre également l'inconvénient de ne pas être aussi sensible aux légères augmentations de la phénylalanine sérique.

2. Certains cas pouvant passer inaperçus malgré le dépistage des nouveau-nés de moins de 4 jours, il est justifié d'effectuer un second test. Les valeurs de phénylalanine sérique de plus de 5,0/dl doivent être considérées comme positives et nécessitent confirmation.

Bibliographie sélectionnée:

Childs, 1975; Dobson, 1968; Scriver, 1974; Starfield, 1975;

---

7 *Luxation congénitale de la hanche*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Le dépistage permet d'instituer une thérapie curative à temps.	II-2	Examen clinique (flexion, abduction et manoeuvre d'Ortolani); confirmation radiographique.	B

Recommandation

1. Des preuves plus ou moins adéquates démontrent que l'examen de la hanche devrait être intégré à l'examen périodique des nouveau-nés.

2. Le dépistage de cette anomalie (ce doit être un objectif primordial) peut souvent se faire dans les deux jours qui suivent la naissance, et sans doute pendant les cinq premiers jours.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. De vastes programmes de dépistage de masse ou de cas, menés dans plusieurs pays, ont permis d'augmenter le nombre de cas dépistés assez tôt pour prescrire un traitement orthopédique et prévenir les séquelles d'infirmité.

2. Si le diagnostic est établi deux jours après la naissance, et une réduction progressive par attelle prescrite pendant une période moyenne de dix semaines, de bons résultats fonctionnels sont obtenus à l'âge de 10 ans.

3. Quand le diagnostic est établi dès la naissance, la majorité des cas de luxation congénitale de la hanche peuvent se traiter par attelle; mais s'il n'est établi qu'à un âge plus avancé, il peut alors être nécessaire de recourir aux tractions ou à la réduction chirurgicale.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

Au Canada, la fréquence maximale de la luxation congénitale de la hanche s'observe au sein des populations Cris et Ojibways, et s'établit à 100 par 1000 naissances vivantes. Cette fréquence est plus faible chez les autres groupes de la population.

III. *Intervention*

1. Le dépistage de la luxation congénitale de la hanche est simple et précis. L'intervention devrait avoir lieu au cours des deux ou trois premiers jours suivant la naissance. La cuisse doit être fléchie sur la hanche à un angle de 90°, pour produire une abduction maximale; et il faut terminer par la manoeuvre d'Ortolani.

2. Le diagnostic est confirmé par avis médical et un cliché de la hanche.

Bibliographie sélectionnée:

Barlow, 1966; Fredensborg, 1976; Mackenzie, 1972; Salter, 1969; Walker, 1977.

---

8 *Anomalie du tube neural*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
La prévention primaire peut comprendre l'avortement; la valeur et l'efficacité sont difficiles à évaluer. Les tests décèlent environ 80 p. 100 des cas d'anomalie du tube neural par défaut de soudure.	II-1	Épreuve de dosage sérique de l'alpha-foetoprotéine (AFP) maternelle: en présence de résultats élevés, effectuer l'épreuve complémentaire d'échographie et d'amniocentèse.	B

Recommandation

1. Des preuves plus ou moins adéquates permettent de recommander la recherche d'anomalies du tube neural lors de l'examen médical périodique.

2. Le dépistage devrait être accessible, sur demande, aux femmes enceintes, pourvu que les parents comprennent que la confirmation peut nécessiter un examen échographique et l'amniocentèse, et qu'ils soient prêts à accepter l'avortement thérapeutique si le foetus est affecté.

3. Après avoir donné son consentement, la femme enceinte devrait être soumise, entre la 16e et la 18e semaine de sa grossesse, au dosage de l'alpha-foetoprotéine sérique (AFP). Si le résultat est normal, un seul spécimen suffit à des fins de dépistage. Sinon, il convient de procéder à l'échographie et à l'amniocentèse.

4. Une attention particulière doit être accordée aux familles présentant des antécédents d'anomalies du tube neural. Compte tenu des limites des méthodes de dépistage et de l'anxiété suscitée par les antécédents d'anomalies, il pourrait être souhaitable de conseiller l'amniocentèse à celles qui présentent un risque élevé, quels que soient les résultats de l'analyse du sérum maternel pour fins de dépistage.

5. Avant d'entreprendre le dépistage auprès des futures mères, des arrangements de postobservation, y compris le counseling, doivent être pris.

6. Il est essentiel de faire des tests de laboratoire du dosage de l'AFP de façon méticuleuse; ces tests doivent donc se faire dans des centres désignés.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La valeur de la prévention primaire qui peut inclure l'avortement thérapeutique ne peut pas être une évaluation de l'efficacité de la méthode pour deux raisons principales: l'une est d'ordre moral et l'autre repose sur le fait que la proportion des parents qui acceptent l'avortement thérapeutique est inconnue.

2. Auprès d'une grande proportion de femmes enceintes ayant subi le test entre la 16e et la 18e semaine de leur grossesse, environ 80 p. 100 des cas d'anomalies du tube neural par défaut de soudure furent dépistés. Cependant, ce dépistage n'est valable que si les femmes reçoivent des soins prénatals dès le début de leur grossesse.

A. Pour la personne

1. La gravité des anomalies du tube neural varie. Elles englobent celles qui sont incompatibles avec la vie (par exemple, l'anencéphalie) et celles qui n'ont que peu ou pas d'effet (par exemple, le spina-bifida latent).

2. Parmi les enfants souffrant de myéloméningocèle qui survivent à une opération chirurgicale tôt après la naissance, 6 p. 100 environ n'ont qu'une incapacité minimale, 40 p. 100 une incapacité moyenne, 39 p. 100 une incapacité grave et 15 p. 100 une incapacité très grave. L'intelligence peut ne pas être affectée, mais le système excrétoire l'est généralement. L'incapacité peut donc altérer les fonctions physiques et mentales et entraîner une dépendance allant de légère à totale.

B. Pour la société

1. L'anencéphalie et le spina-bifida sont, au Canada, les deux causes les plus importantes de mortalité périnatale. L'incidence par 1000 naissances varie de 2,47 (Colombie-Britannique) à 5,65 (Nouveau-Brunswick). L'incidence est plus élevée chez les enfants de femmes ayant déjà accouché d'un enfant présentant des anomalies du tube neural (3,8% comparativement à 0,25%).

2. L'impact social peut s'estimer en calculant l'ensemble des coûts médicaux. Une étude indique que, pour 43 000 grossesses par an, le coût occasionné par les 90 enfants vivants atteints de myéloméningocèle serait de $100 000 pour la première année de vie et varie de $10 000 à $35 000 par an jusqu'à l'âge de 55 ans.

III. *Intervention*

1. Le dépistage consiste à déterminer les valeurs de l'AFP sérique. Les concentrations d'AFP dans le liquide amniotique reflètent de façon fiable l'état du tube neural du foetus; dans les cas d'anomalies du tube neural par défaut de soudure, on peut s'attendre à trois écarts-types au-dessus de la moyenne. Bien que des valeurs élevées d'AFP soient également associées à d'autres troubles (mort intra-utérine, exomphalie, néphrose congénitale et tératome foetal), une teneur anormale d'AFP indique toujours un trouble important du foetus.

2. L'échographie peut indiquer la nature de l'anomalie évoquée par des valeurs élevées d'AFP.

3. Le risque encouru par la mère ou par le foetus suite à l'intervention est faible. Le risque associé à la ponction veineuse est négligeable. Le risque que suppose l'amniocentèse est relié à l'effet sur le foetus: une étude a signalé que la fréquence des pertes foetales après amniocentèse n'était pas supérieure à celle enregistrée chez un groupe témoin comparable.

4. Le dosage sérique effectué auprès de femmes (avec leur consentement) pour fins de dépistage est probablement acceptable. L'amniocentèse, lorsqu'elle est indiquée, est source d'anxiété; et, si le liquide est difficile à recueillir, elle cause également un certain malaise. Son but et sa nature doivent toujours être expliqués.

5. Le coût du dépistage est difficile à évaluer. Une étude menée en Écosse indique cependant que ce dépistage ne serait économique que pour les populations à haute incidence de spina-bifida. Compte tenu d'une fréquence de 2,8 par 1000 naissances, le rapport de rentabilité (avantage/coût) serait de 1,86/1.

Bibliographie sélectionnée:

Brock, 1976; Childs, 1975; Hagard, 1976; Hunt, 1973; Milunsky, 1976; Rapport, 1977.

---

9 *Fibrose kystique du pancréas (mucoviscidose)*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention secondaire ou tertiaire. Le traitement précoce augmente les chances de survie et il est associé à un meilleur pronostic.	II-2	Dépistage: test à sueur (par électrophorèse) au moins à deux reprises, et observation des signes cliniques.	D Pour la population en général; B pour les groupes à risque élevé.

Recommandation

1. Un programme de dépistage généralisé de la fibrose kystique chez les nouveau-nés n'est pas actuellement indiqué, même en admettant l'utilité relative de la poursuite des programmes de recherche pour en comparer les résultats avec ceux d'une population non contrôlée.

2. Des preuves passables justifient la recommandation de faire subir des tests, lors d'un examen médical périodique, aux frères et soeurs d'un malade atteint de fibrose kystique.

3. Comme les frères et soeurs sont particulièrement exposés aux risques de fibrose kystique et qu'il faut s'assurer du diagnostic, le dépistage devrait se faire au moyen d'un test à la sueur (par électrophorèse) effectué au moins à deux reprises. Si les résultats sont chaque fois normaux, il n'y a pas lieu d'en faire subir à nouveau, sauf si des symptômes laissent soupçonner la présence de cette affection.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention pourrait être secondaire, ou même tertiaire.

2. L'application d'un traitement précoce semble accroître les chances de survie et améliorer le pronostic; les taux de mortalité et de morbidité sont plus bas dans les centres spécialisés dans le traitement de la fibrose kystique. La première année suivant la naissance est la période critique et des progrès cliniques entraîneraient une réduction du taux de mortalité pendant cette période.

3. Un diagnostic présymptomatique découlant du dépistage est toutefois important chez les frères et soeurs d'enfants atteints de fibrose kystique. Ce dépistage auprès des familles où des cas de fibrose kystique ont été signalés, serait axé sur l'identification des homozygotes à un stade présymptomatique, ou dès le début de l'affection.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

1. Environ 50 p. 100 des malades touchés atteignent 18 ans; une réduction du taux de mortalité au cours de la première année suivant la naissance peut augmenter cette proportion. Cependant, pour la moitié des malades atteints de cette affection, l'espérance de vie tombe de 70 à 18 ans ou moins. Sa fréquence est d'environ 1 pour 2000.

2. L'affection est synonyme de morbidité; toute sa vie, la personne atteinte nécessite des soins médicaux attentifs et soutenus; et, souvent, sa croissance physique et psychologique est perturbée.

3. Le coût du traitement touchant l'alimentation et la médication peut s'évaluer avec assez de précision, mais celui relié à des soins médicaux et hospitaliers s'évalue plus difficilement. Un enfant atteint de fibrose kystique coûte deux fois plus cher à nourrir qu'un enfant normal; le coût des suppléments vitaminiques varie de $30 à $150 par mois et celui des médicaments et du matériel est d'environ $80. La note d'hospitalisation et les honoraires professionnels peuvent égaler ou dépasser le total des gains de la famille.

4. Les effets de l'affection sur la famille du malade sont inimaginables; les perspectives d'avenir et le style de vie de toute la famille en sont perturbés.

B. Pour la société

1. La mortalité est telle que la majorité des malades atteints de fibrose kystique en meurt, plutôt que d'autres causes.

2. La morbidité associée à la fibrose kystique est un fardeau social relié à sa fréquence et au besoin de soins médicaux soutenus.

3. Les coûts que la fibrose kystique, perçue comme un problème d'ordre national, entraîne, sont reliés à sa fréquence et au besoin de soins médicaux soutenus.

III *Intervention*

1. Les méthodes de dépistage vont de pair avec la nécessité de l'identifier à son stade présymptomatique. Deux méthodes sont utilisées: pour la plupart des enfants et des adultes, le test à la sueur repose sur la détermination de la concentration en ions négatifs de Na et de Cl dans la sueur. La mise en évidence d'une insuffisance pancréatique peut servir au diagnostic pour ceux dont le taux de Cl dans la sueur atteint un niveau limite. Règle générale, les nouveau-nés asymptomatiques devraient quand même subir ce test à la sueur (par électrophorèse) au moins deux fois. À chaque fois, une quantité suffisante de sueur devra être recueillie à des fins d'analyse complète.

2. Dans le contexte du dépistage des frères et soeurs susceptibles d'être eux aussi atteints, les stratégies adoptées risquent d'augmenter les troubles psychologiques ou une anxiété excessive chez les enfants apparemment asymptomatiques. Comme il y a déjà un enfant malade dans la famille, le conseiller doit avertir les parents qu'ils ont 25 p. 100 de chances de donner naissance à d'autres enfants malades, ou en ont déjà un qui est asymptomatique (la fibrose kystique est héréditaire à titre de maladie récessive des autosomes). Il est probable que les parents éprouveront une certaine inquiétude, mais un examen approfondi des enfants «normaux» les rassurera et la découverte d'un enfant biochimiquement anormal leur fera pour le moins prendre conscience qu'un diagnostic précoce peut mener à un meilleur pronostic.

3. Des résultats positifs d'un test à la sueur (par électrophorèse), joints à la présence d'un des signes cliniques de la fibrose kystique, constituent des preuves diagnostiques adéquates. Chaque épreuve de la deuxième catégorie a une sensibilité de 85 p. 100 et une spécificité variant de 95 à 99 p. 100.

4. Chaque intervention est sûre, simple, satisfaisante et relativement peu coûteuse.

Bibliographie sélectionnée:

Bowman, 1976; Brimblecombe, 1973; Childs, 1975; Mearns, 1972; Shwachman, 1970; Stephan, 1975; Warwick, 1975.

---

10 *Dystrophie musculaire progressive (myopathie de Duchenne)*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: probablement efficace chez les porteurs identifiés. Traitement: médiocre	III	Détermination de la créatinine phosphokinase sérique.	C Pour la population en général B Pour les groupes à risque élevé.

Recommandation

1. Il n'existe pas de preuves en faveur de l'inclusion de la dystrophie musculaire progressive à l'examen médical périodique, mais une recommandation peut être faite à partir d'autres motifs.

2. Une catégorie spéciale à risque élevé comprend la mère, les soeurs et autres parentes du malade. Elles peuvent subir le test de dépistage de cette affection reliée au chromosome X et transmise selon le mode récessif avant la conception et la naissance de leurs enfants. La mère et les soeurs peuvent en être porteuses et doivent donc faire l'objet d'observations systématiques.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La nécessité du dépistage de la maladie de Duchenne chez les nouveau-nés dépend de la pertinence du dépistage auprès de deux groupes de population: les enfants mâles en général et les membres d'une même famille qui en présentent des cas.

2. Pour ce qui est des enfants mâles en général, bien que certains chercheurs aient recommandé le dépistage par dosage de la créatinine phosphokinase sérique, la plupart des experts ne le préconisent pas chez le nouveau-né.

3. Parmi les avantages avancés pour le dépistage dans l'ensemble de la population, signalons: a) éviter, dans la même famille, la naissance d'autres enfants malades après la naissance du mâle atteint et avant le moment où le diagnostic clinique serait normalement posé; b) dépister plus tôt, dans la même famille, les autres femmes porteuses et c) instaurer assez tôt une thérapie de soutien. Les désavantages suivants doivent cependant être mentionnés: a) le fait que la maladie de Duchenne soit incurable; b) le stress psychologique imposé aux familles correctement identifiées et c) le stress affectif et l'anxiété causés aux familles où la maladie de Duchenne est possible, sans être confirmée.

4. Le dépistage auprès des parentes de personnes atteintes est plus utile que le dépistage général. L'identification des femmes virtuellement porteuses influence leurs décisions quant à la reproduction et réduit sans doute la fréquence de la maladie de Duchenne en évitant de mettre au monde des enfants mâles malades.

5. Parce que la plupart des personnes atteintes portent un gène héréditaire, leurs parentes risquent d'avoir un enfant malade. De plus, des preuves récentes ont montré que cette maladie est moins susceptible, comme on l'a déjà cru, d'être reliée à de nouvelles mutations.

6. De nombreuses preuves attestent de la valeur du dépistage des porteurs parmi les membres de familles d'enfants atteints. Les parentes des malades devraient être suivies de façon systématique dans un centre médical important.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

1. La maladie de Duchenne affecte 1 enfant sur 3000 à 4000 mâles nés vivants (elle est donc plus fréquente que la phénylcétonurie).

2. L'invalidité est progressive: la démarche devient maladroite en moins de dix ans après l'apparition de l'affection, de sorte que les patients sont confinés au lit dès l'adolescence et meurent avant 20 ans. La morbidité s'étend donc sur une période d'au moins 10 ans. Les soins médicaux sont en grande partie des soins de soutien et les patients ne requièrent pas de soins spéciaux en ce qui concerne l'hospitalisation ou les visites médicales.

3. On ne saurait trop insister sur le fardeau imposé aux familles. Si l'on considère le temps consacré aux soins personnels et aux traumatismes émotifs, l'impact de la maladie ne peut s'évaluer en dollars.

B. Pour la société

1. Le fait que la mort survient généralement avant l'âge de 20 ans, le fardeau social est celui des soins médicaux dispensés sur une période d'au moins dix ans. En dollars, les coûts représentent les soins médicaux et chirurgicaux (e.g. fourniture de chaises roulantes, interventions orthopédiques mineures).

III. *Intervention*

1. Le dépistage se limite à l'identification, au sein d'une même famille, des personnes présentant des risques.

2. Le test le plus courant et le seul vraiment utile pour dépister des porteurs est l'évaluation de la concentration sérique de la créatinine phosphokinase. Le principal problème est son interprétation, car il y a chevauchement entre les valeurs chez les porteurs et chez les femmes non atteintes. Des tests fréquents et l'application d'un taux de probabilité rendraient cette interprétation plus précise.

3. D'autres tests (comme l'évaluation de la lactodéhydrogénase sérique et la mesure de la synthèse des protéines ribosomiques, ainsi que la phosphorylation dans la membrane érythrocytaire) permettent d'aider à identifier les porteurs de la maladie de Duchenne.

4. Le dépistage précoce est particulièrement important pour les services de consultation offerts dans le cadre de la planification d'une grossesse.

Bibliographie sélectionnée:

Hutton, 1976; Roses, 1976; Zellweger, 1975.

---

11 *Malformation du septum interventriculaire*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Le traitement par occlusion chirurgicale de la communication interventriculaire est effectif.	II-2	Anamnèse, examen clinique; radiographie de la poitrine, échocardiographie et cathétérisme cardiaque, pour confirmation.	B

Recommandation

1. En ce qui a trait au dépistage des communications interventriculaires (C.I.V.), des preuves pertinentes justifient que *tous* les nouveau-nés subissent un examen physique dès la naissance, à la sortie de la pouponnière et à 6 semaines (lorsqu'il y a presque toujours des signes de C.I.V.).

2. En ce qui a trait au dépistage pendant l'examen médical périodique, les personnes possédant des antécédents familiaux d'affections cardiaques congénitales (particulièrement si deux parents au 1er degré ou plus en souffrent), de certaines aberrations chromosomiques, des antécédents de rubéole pendant la grossesse, de prématurité, d'insuffisance pondérale à la naissance, ou encore celles dont la mère est diabétique, sont plus exposées que la normale.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Les C.I.V. se guérissent spontanément dans 20 à 50 p. 100 des cas. Plus la communication est petite, plus les chances d'occlusion spontanée sont grandes; la majorité de ces occlusions survient le plus souvent avant 5 ans et plus fréquemment avant un an.

2. Chez les malades asymptomatiques, le dépistage clinique des C.I.V. pendant la période néo-natale mettra le clinicien en garde contre une insuffisance cardiaque globale éventuelle, pouvant être chirurgicalement contrée. À tous les trois mois, les malades devraient être avertis des complications pouvant nécessiter un traitement médical ou chirurgical actif. Une intervention chirurgicale par occlusion primaire de la communication est efficace: les effets d'une insuffisance cardiaque globale et les risques d'augmentation de la résistance vasculaire préliminaire et de troubles vasculaires doivent être mesurés en fonction des chances de guérison spontanée.

3. Les complications évitables comprennent la résistance vasculaire pulmonaire et la lésion musculaire des ventricules. L'incidence de l'endocardite bactérienne est réduite par chirurgie. La sténose infundibulaire de l'aorte pulmonaire et la régurgitation aortique peuvent ou non être prévenues chirurgicalement.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. L'incidence des C.I.V. est de 1,5 à 2,0 par 1000 naissances vivantes; c'est la plus courante des malformations congénitales du coeur. Son incidence augmente en pré-

sence d'antécédents familiaux positifs, de rubéole congénitale ou de certaines aberrations chromosomiques.

2. Le taux de mortalité associé aux C.I.V. est de 0,22 décès pour 1000 naissances vivantes. Les décès surviennent généralement entre le sixième et le douzième mois. Les malades n'ayant que de petites anomalies et une résistance vasculaire pulmonaire normale sont en bonne santé, mais demeurent exposés aux endocardites infectieuses et aux régurgitations aortiques. Ceux dont les anomalies sont plus graves sont en outre exposés aux infections pulmonaires. Les malades ayant une résistance vasculaire pulmonaire anormale et qui ne sont pas traités voient leur espérance de vie diminuer, puisque le syndrome complet d'Eisenmenger peut entraîner une mort subite, l'anoxie, l'hémoptysie, une insuffisance cardiaque globale et un abcès cérébral.

III. *Intervention*

1. L'intervention comprend l'anamnèse, l'examen physique, une radiographie de la poitrine, une échocardiographie et peut-être des cathétérismes cardiaques espacés.

2. L'examen clinique est sûr, simple, peu coûteux et acceptable. Cette partie de l'intervention permet d'identifier les malades devant subir un cathétérisme. Le diagnostic physique est moins précis chez les nouveau-nés que chez les enfants plus âgés.

3. Effectué par une personne compétente, le cathétérisme cardiaque est relativement sûr. Il survient des complications dans environ 2 cas sur 1000 et le taux de mortalité peut atteindre 3,5 p. 100. Cliniquement, il est difficile d'évaluer les modifications de la résistance vasculaire pulmonaire; et, pour certaines personnes, le cathétérisme s'impose. Bien fait, il donne un diagnostic précis dans près de 100 p. 100 des cas.

4. La fréquence des interventions de dépistage dépend de la taille de la communication et des recommandations du cardiologue traitant.

5. Il est important que la C.I.V. soit bien diagnostiquée en raison des risques que «l'étiquette» erronée suppose et du besoin de pronostic. La confirmation de la présence d'une petite communication, accompagnée d'une résistance vasculaire pulmonaire normale, est rassurante pour les parents puisqu'une telle affection permet tout de même de mener une vie normale. Le pronostic postopératoire est considéré comme excellent si l'occlusion est complète, si aucun trouble de conduction ou aucune extrasystole suite à l'effort ne se développent et, lors de résistance vasculaire pulmonaire anormale préopératoire, si le cathétérisme postopératoire révèle des valeurs hémodynamiques normales au repos et à l'effort.

6. D'autres affections cardiaques peuvent être découvertes pendant l'examen de dépistage d'une C.I.V.; il est aussi très important de ne pas apposer «d'étiquette» erronée.

Bibliographie sélectionnée:

Engle, 1972; Keith, 1971; Moss, 1970; Rapport, 1977.

12 *Maladie de Tay-Sachs*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: effective. Traitement: pas effectif.	II-1	Mesure de la résistance de l'hexosaminidase sérique à l'inactivation par la chaleur; confirmation par amniocentèse.	D pour la population en général, B pour les groupes à risque élevé.

Recommandation

1. Des preuves justifient la recherche des signes de la maladie de Tay-Sachs pendant l'examen médical périodique seulement chez les groupes à risque élevé.

2. Les personnes qui doivent être identifiées comme porteuses constituent un groupe particulier, soit les couples de la race Ashkenazi juive.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

La prévention secondaire est possible chez un groupe bien précis, car la fréquence du gène est de 1 sur 30 chez la race Ashkenazi juive (et rare chez les autres groupes); il existe un test de dépistage sensible et fiable.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. L'incidence chez la race Ashkenazi juive de New-York est de 1 sur 3600 naissances et aussi élevée que 1 sur 900 à Toronto. (Pour l'ensemble des populations non juives, l'incidence est de 1 sur 360 000 naissances.)

2. Les troubles métaboliques héréditaires deviennent cliniquement apparents dès l'âge de 6 mois. Les caractéristiques de cette maladie sont le retard de croissance, la paralysie, la détérioration mentale et la cécité. La maladie évolue vers la mort pendant les six premières années et, souvent, avant trois ans. Il n'existe aucun traitement connu.

3. Le coût des soins médicaux et en établissement n'est pas connu.

III. *Intervention*

1. La principale intervention est une mesure de la résistance de l'hexosaminidase sérique à l'inactivation par la chaleur.

2. Ce test doit être idéalement effectué lors de l'examen prémarital chez les personnes à risque élevé; sinon, ces couples doivent subir le test après la première grossesse.

3. En cas de grossesse, lorsque les parents sont reconnus comme porteurs, on peut effectuer une amniocentèse pour établir un diagnostic prénatal.

Bibliographie sélectionnée:
Un rapport, 1976; Childs, 1975.

---

13 *Syndrome de Down (mongolisme)*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: effective, mais le dépistage des femmes à risque élevé est relativement difficile. Traitement: aucun.	II-1	Anamnèse; si positif, amniocentèse.	D Pour la population en général, B pour les groupes à risque élevé.

Recommandation

1. Il n'existe pas de preuves pertinentes pour appuyer la recommandation d'inclure cette affection à un examen médical périodique.

2. Il existe, cependant, des preuves pertinentes pour appuyer la recommandation d'offrir un diagnostic prénatal par amniocentèse à toute femme enceinte et présentant un risque d'aberration chromosomique supérieur à la normale.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Il est possible, si l'amniocentèse permet de dépister le mongolisme chez l'enfant, de recourir à l'avortement pour interrompre la grossesse.

2. Il n'existe aucun traitement de cette affection.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. L'incidence du syndrome de Down varie en fonction de l'âge de la mère. Chez les femmes de plus de 40 ans, l'incidence est d'environ 1 pour 50 naissances vivantes, alors qu'elle n'est que d'environ 1 pour 2000 chez les femmes plus jeunes.

2. En 1976, au Canada, 31 décès furent attribués au syndrome de Down, mais le nombre réel de décès est plus élevé parce que cette affection est souvent associée à une affection cardiaque et prédispose à la leucémie aiguë et à la maladie d'Alzheimer.

3. Les fardeaux psychologiques et socio-économiques pesant sur les familles sont énormes, comme le sont, pour la société, les coûts en établissements et en soins médicaux. Les statistiques officielles ne permettent pas d'évaluer ces fardeaux.

III. *Intervention*

1. L'amniocentèse est un moyen très fiable de dépister le syndrome de Down.

2. Toute femme enceinte à risque élevé devrait subir une amniocentèse, à condition d'accepter l'avortement si son foetus est affecté. Un risque élevé est associé aux facteurs suivants: a) on sait que l'un des parents est porteur d'une translocation du chromosome 21; b) la femme enceinte a déjà donné naissance à un enfant mongolien; c) il existe des antécédents du syndrome de Down parmi les proches parents et d) la femme enceinte a au moins 35 ans.

Bibliographie sélectionnée:
Childs, 1975; Nadler, 1975; Simpson, 1976.

---

14 *Conséquences de l'alcoolisme des parents sur les enfants*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Le counseling peut aider à réduire la consommation d'alcool chez les femmes enceintes et la morbidité chez leurs enfants.	II-2	Conseiller de réduire la consommation d'alcool; la contraception chez les mères alcooliques sexuellement actives; l'avortement des femmes à risque élevé qui acceptent cette intervention.	B

Recommandation

Des preuves plus ou moins adéquates permettent d'appuyer la recommandation d'inclure cette affection à un examen médical périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

Les enfants de mères alcooliques risquent d'avoir des malformations du crâne et de la face et de souffrir d'arriération mentale. Des preuves existent à l'effet que le counseling permet de réduire la consommation d'alcool des femmes enceintes et la morbidité chez leurs enfants.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

Les connaissances actuelles ne sont pas précises.

III. *Intervention*

Les interventions minimales consistent à fournir deux services: conseiller les femmes enceintes dans le but de les informer des conséquences de la consommation d'alcool sur leur enfant; mettre à la disposition des femmes alcooliques ayant une vie sexuelle active des moyens efficaces de contraception. Si l'on considère que le foetus est particulièrement exposé, l'alcoolisme de la mère suffirait à justifier l'avortement à cause des dangers d'ordre psychologique et physique encourus par l'enfant.

Bibliographie sélectionnée:

Anonyme, 1977; Clarren, 1978; Hanson, 1976; Ouellette, 1977.

15 *Maladies infectieuses contre lesquelles on peut s'immuniser: diphtérie, rougeole, oreillons, coqueluche, poliomyélite, rubéole, tétanos*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Mesure préventive:bonne Traitement: efficacité variable et propre à chaque maladie	I	Immunisation des personnes en bonne santé. Il faut manifester plus de prudence à l'égard de certaines personnes (par ex. celles qui sont allergiques aux protéines des oeufs ou présentent un déficit immunitaire)	A

Recommandation

1. De bonnes preuves justifient que, lorsqu'ils sont appropriés, les vaccins figurent parmi les soins donnés lors de l'examen médical périodique.

2. La vaccination contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite doit avoir lieu au cours des six premiers mois, et, contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, entre le 12e et le 15e mois.

3. Pour les femmes enceintes, il vaut mieux ne procéder à l'immunisation au moyen de vaccin vivant atténué qu'après l'accouchement, même s'il ne s'agit que du vaccin antirubéoleux où la transmission virale placentaire a été démontrée.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La vaccination vise à protéger l'individu et à établir l'immunité de groupe. Pour y parvenir, deux difficultés doivent être surmontées: a) l'impossibilité d'atteindre une conformité suffisante au moment d'immuniser tous les enfants d'une collectivité contre les principales maladies contagieuses évitables et b) la perte probable d'efficacité du vaccin à cause des diverses façons de manipuler les vaccins viraux vivants (vaccins antirougeoleux et antipoliomyélitique (oral) vivants).

2. Pour les résoudre, les méthodes suivantes sont préconisées:

a) l'immunisation complète des enfants, en surveillant étroitement l'état immunitaire de chaque nourrisson et enfant grâce aux autorités sanitaires publiques et provinciales et au personnel régional, et l'utilisation des registres des naissances permettant l'identification et le contrôle ultérieur tout au long de la vie et l'évaluation des programmes d'immunisation afin de s'assurer qu'ils sont complets;

b) l'établissement d'une méthode sûre pour retracer les nourrissons et enfants qui arrivent ou qui quittent les districts sanitaires désignés et vérifier leur immunisation afin que celle-ci soit complète;

c) l'enregistrement obligatoire, par tous les médecins et le personnel de l'hygiène publique, du nom de chaque récipiendaire de vaccin, de la date d'immunisation, du type et du numéro du lot du vaccin administré;

d) une forte publicité accordée aux effets délétères de la lumière et de la chaleur sur les vaccins à base de virus vivants: les autorités sanitaires publiques doivent surveiller de près leur manipulation; l'efficacité du vaccin doit, par surcroît, faire l'objet d'une surveillance régionale régulière;
e) la création, pour tous les nourrissons et enfants, d'un livret contenant leurs antécédents médicaux, et, pour le moins, des renseignements périnataux, leurs vaccinations et des données sur leur croissance. Ce livret devrait être remis aux parents dès la naissance. Le personnel médical ou infirmier y inscrirait tout naturellement les renseignements périnataux. Ce livret devrait être présenté automatiquement lors de chaque visite au cabinet du médecin ou à la clinique de santé et lors de l'entrée à l'école. Tout déficit immunitaire devrait alors être relevé et corrigé sans retard.

3. On ne peut garantir avec certitude que chaque individu est immunisé à 100 p. 100. Des antécédents d'immunisation ne signifient pas pour autant qu'un sujet *ne* sera *pas* atteint d'une maladie donnée contre laquelle il a été immunisé.

4. De bons vaccins doivent conférer une immunité de longue durée. En théorie, les vaccins de virus vivants atténués doivent procurer une immunité à vie; mais en pratique, le manque de preuves expérimentales avec de tels vaccins ne permet pas de confirmer cet énoncé théorique.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. En ce moment, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole et les oreillons ne constituent pas un gros fardeau. Depuis l'introduction des vaccins, la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos ont presque disparu; mais ces maladies réapparaissent de temps à autre. Le taux de mortalité associé à la coqueluche et à la rougeole est très faible, bien que les cas de rougeole et de rubéole rapportés se chiffrent encore aux environs de 50 à 60 par 100 000 de population et que leur nombre ait augmenté au cours des dernières années.

2. Ces taux traduisent en fait la qualité du contrôle exercé sur ces maladies. Comme il n'y a guère d'espoir de les enrayer, leurs taux de morbidité et de mortalité doivent être surveillés pour que la population ne subisse pas de pertes immunitaires.

III. *Intervention*

1. Seules les personnes en bonne santé doivent être immunisées.

2. On conseille la prudence aux personnes allergiques aux protéines de l'oeuf.

3. Les points suivants portent sur les effets secondaires:
a) des réactions locales ou générales peuvent se produire après la vaccination, même si cela est rare. Le taux de complication est plus faible si la personne qui fait l'injection suit les instructions données sur la feuille contenue dans l'emballage du vaccin. Les complications graves ne sont toutefois pas tout à fait inévitables. En préconisant l'immunisation, il faut tenir compte de la fréquence de ces complications par rapport à celle de la maladie et de sa gravité.
b) L'immunisation contre la *coqueluche* a été recommandée à la suite de discussions ayant eu lieu au Royaume-Uni sur la fréquence d'atteinte cérébrale suite au vaccin. La position du Groupe d'étude est d'accord avec celle du Comité conjoint du Royaume-Uni sur la vaccination et sur l'immunisation: le vaccin anticoquelucheux doit être inclus parmi les vaccins administrés à tous les nourrissons, puisque lors de la première enfance, les conséquences de la coqueluche sont suffisamment graves pour contrebalancer les risques reliés à la vaccination contre cette maladie.
c) En ce qui concerne la *rubéole*, le vaccin antirubéoleux, en plus d'être donné aux enfants de 12 à 15 mois, peut être administré aux filles prépubertaires, aux femmes particulièrement exposées à cette maladie avant qu'elles ne soient atteintes, aux femmes célibataires et aux femmes dans leur période puerpérale. Après la puberté, les femmes qui reçoivent le vaccin antirubéoleux doivent éviter de devenir enceintes pendant au moins trois mois après l'immunisation. Il n'est toutefois pas prouvé que cette intervention assure une meilleure protection que la vaccination massive des jeunes enfants. Il faut aussi noter que les doses de rappel, administrées deux ans après le premier vaccin antirubéoleux (HPV-77), n'augmentent pas le taux d'anticorps.
d) Dans certains cas (par ex. chez les personnes manifestant un déficit immunitaire, chez les adultes non encore immunisés ou chez les personnes désireuses d'être immunisées), il vaut mieux utiliser le vaccin antipoliomyélique inactivé (Salk) au lieu du vaccin oral (Sabin).
e) Il y a contre-indication de vaccin contre la poliomyélite dans le cas de traitement aux corticostéroïdes ou médicaments antileucémiques, de conditions neurologiques, comme la sclérose multiple et la chirurgie oropharyngienne, ou deux semaines avant ou deux semaines après une extraction dentaire. L'immunisation des femmes enceintes peut se faire si la protection voulue est accordée.

Bibliographie sélectionnée:

Rougeole: Fourth Report, 1977; Krugman RD, 1977; Krugman S, 1977; Landrigan, 1972; Levine, 1974.
Oreillons: Dudgeon, 1975.
Coqueluche: Éditorial, 1977; Linnemann, 1977; Statement, 1975.
Poliomyélite: Krugman, 1977; Nightingale, 1977.
Rubéole: Krugman S, 1977; Schoenbaum, 1976.
Tétanos: Edsall, 1967; Ipsen, 1954.

16 *Maladies infectieuses affectant les voyageurs internationaux*
(variole, choléra, fièvre jaune, typhus, peste, fièvre typhoïde, hépatite virale)

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
L'immunisation est une mesure préventive effective, mais variable selon la maladie.	I	L'immunisation (attention aux contre-indications).	E Pour la population en général, A pour les voyageurs.

Recommandation

1. L'examen médical périodique n'est pas un bon moment pour vérifier si, au sein de la population, les personnes sont protégées contre ces affections; les recommandations s'adressent principalement aux voyageurs susceptibles de se retrouver dans des zones d'endémicité.

2. Tout voyageur allant à l'étranger doit, sous réserve de contre-indications personnelles valables, être immunisé contre la variole, le choléra, la fièvre jaune, le typhus et la peste lorsque les règlements régissant les voyages internationaux l'exigent.

3. Il est recommandé aux personnes voyageant dans les pays tropicaux ou en voie de développement de se protéger contre la fièvre typhoïde et l'hépatite.

4. L'immunisation passive est la seule mesure préventive contre l'hépatite de type A; et les voyageurs qui envisagent de séjourner dans des pays où cette affection est répandue, devraient recevoir de l'immunoglobuline sérique avant d'y aller. Les personnes qui résident dans ces pays devraient recevoir de l'immunoglobuline sérique à tous les six mois. Les femmes enceintes peuvent recevoir l'immunoglobuline sérique sans danger.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Les vaccins contre les affections de ce groupe sont efficaces à divers degrés.

2. Dans le cas du *typhus*, de la *peste* et du *choléra*, l'immunisation primaire nécessite deux doses (même trois dans le cas de la peste) administrées à intervalles et un rappel administré à tous les six mois, aussi longtemps que la personne demeure menacée par cette affection.

3. Dans le cas de la *variole* et de la *fièvre jaune*, une seule injection suffit, puisque l'immunisation dure plusieurs années.

4. Dans le cas de la *typhoïde*, le vaccin n'est efficace que s'il est administré en deux fois à quatre semaines d'intervalle, avec rappel à tous les 3 ans. (La vaccination exigeant 3 doses administrées à une semaine d'intervalle est moins efficace).

5. L'administration d'immunoglobuline sérique normale est une mesure préventive efficace contre l'*hépatite de type A*, ou du moins elle en modifie sensiblement l'évolution. Son efficacité dépend de la teneur en anticorps de l'hépatite de type A. Si la préparation est bonne, une dose de 5 mL administrée assez tôt après l'exposition au virus constitue une bonne protection chez 80 à 90 p. 100 des adultes. Son efficacité dans le traitement de l'*hépatite de type B* n'est pas encore prouvée.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Au Canada, l'affection la plus répandue parmi celles mentionnées plus haut est l'hépatite de type A. Chaque année, de 3000 à 4000 cas sont enregistrés et environ la moitié nécessite une hospitalisation d'une durée moyenne de 11,5 jours. Pour les enfants en bas âge et les jeunes adultes, l'affection est sans gravité. Sa gravité augmente avec l'âge et son taux de mortalité est de l'ordre de 1 p. 100. Bien que la convalescence puisse être longue, l'affection se guérit en général complètement et ne laisse aucune séquelle.

2. Au Canada, nous devons encore faire face à la fièvre typhoïde. Même si le traitement des eaux en contrôle efficacement la fréquence, elle réapparaît de temps à autre et peut alors être combattue par un emploi adéquat du vaccin antityphique.

III. *Intervention*

La vaccination représente l'intervention normale. Certaines précautions sont toutefois préconisées:

a) les personnes allergiques aux protéines des oeufs ne doivent pas recevoir le vaccin antityphique; elles peuvent également avoir une réaction négative au vaccin contre la fièvre jaune;
b) les personnes souffrant d'une affection cutanée ne devraient pas être immunisées contre la variole;
c) les personnes dont l'état immunitaire est modifié ne devraient pas recevoir de vaccins contre la fièvre jaune et contre la variole;
d) la plupart des vaccins provoquent une réaction locale au point d'injection, ainsi qu'une réaction généralisée (fièvre, céphalée, malaise). Une encéphalite peut faire suite aux vaccins antivarioliques et antityphiques, mais moins souvent.

Bibliographie sélectionnée:

Anonyme, 1972; Krugman, 1975.

17 *Tuberculose*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: vaccin BCG. Traitement: la chimioprophylaxie empêche l'aggravation de l'infection.	I	Vaccination BCG et chimioprophylaxie.	E Pour la population en général; A pour groupes à risque élevé.

Recommandation

1. L'examen médical périodique fournit une occasion d'évaluer la sensibilité d'un sujet à la tuberculose pour l'en protéger, surtout chez les groupes à risque élevé.

2. Le vaccin BCG est recommandé pour les personnes dont la cutiréaction est négative, soit: a) celles qui sont en contact avec un tuberculeux, b) celles qui sont exposées à la tuberculose à cause de leur profession et c) les collectivités ou groupes dont le taux d'infection est élevé.

3. Pour celles dont la cutiréaction est positive, la méthode recommandée est la chimioprophylaxie, soit: a) pour celles dont la réaction vient de passer de négative à positive, b) pour les enfants et adolescents qui réagissent positivement et présentent ou ne présentent pas de modification radiographique, c) pour celles dont la maladie est latente et d) pour celles traitées aux corticostéroïdes qui sont sur le point de subir une gastrectomie et qui souffrent d'une maladie du système réticulo-endothélial ou d'un diabète instable grave.

4. La grossesse demande une attention particulière: quand une femme enceinte est atteinte de tuberculose latente non encore traitée, ou si son cliché radiographique présente des modifications compatibles avec une tuberculose latente, il faut commencer la chimiothérapie lors du troisième trimestre de la grossesse et continuer le traitement pendant un an.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La vaccination, avec une bonne préparation BCG, est très efficace et offre une protection à 80 p. 100.

2. Pour les personnes déjà infectées, la chimioprophylaxie empêche efficacement la progression de la maladie. L'efficacité dépend de la façon dont le malade prend ses médicaments pendant un an; elle dépend du degré d'incidence de la tuberculose parmi la population, car elle lui est inversement proportionnelle.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. L'indice le plus important du contrôle de la tuberculose pour une population donnée est le taux d'apparition des nouveaux cas actifs . Au Canada, ce taux varie de province en province. On peut le constater par le nombre de cas diagnostiqués auprès d'une population de 100 000 personnes en 1974.

	Âge (en année)		
Province	0 à 4	5 à 15	15 à 24
Colombie-Britannique	4.3	3.0	8.2
Alberta	8.5	7.7	10.7
Saskatchewan	23.4	14.4	14.4
Manitoba	15.3	12.8	11.4
Ontario	2.7	1.6	6.7
Québec	1.7	1.7	9.5
Nouveau-Brunswick	1.7	3.0	18.2
Nouvelle-Écosse	3.0	6.9	9.0
Île-du-Prince-Édouard	—	—	—
Terre-Neuve	8.3	11.6	13.4
Territoires du Nord-Ouest	35.7	68.0	75.8

III. *Intervention*

1. L'institution des méthodes et la création de programmes d'intervention pour contrôler la tuberculose relèvent surtout des autorités sanitaires publiques; le traitement des malades est la responsabilité des cliniciens.

2. La vaccination est un procédé simple. Après cutiréaction, son administration n'est pas compliquée: le vaccin n'est donné qu'aux personnes présentant une réaction négative à la tuberculine (zone indurée de plus de 5mm); les nourrissons de moins d'un mois représentant une exception, ils doivent recevoir le vaccin sans cutiréaction préalable. Le vaccin BCG est contre-indiqué pour les personnes dont la réponse immunitaire a été affectée du fait d'une maladie ou d'une thérapie.

3. Des effets secondaires peuvent se produire; leur fréquence et la gravité des effets suivant la vaccination BCG varient selon la souche et la dose de vaccin, les techniques de vaccination, l'âge et l'immunocompétence de l'individu. Des effets secondaires peuvent aussi apparaître après la chimiothérapie. Moins de 2 p. 100 des personnes traitées souffrent de troubles gastro-intestinaux, d'un exanthème et de malaises; l'hépatite a été rapportée dans 1,3 à 17,5 p. 100 des cas. La fréquence des effets secondaires augmente avec l'âge; c'est pourquoi l'âge maximal pour la thérapie chimioprophylactique doit être fixé à 35 ans pour ceux qui réagissent positivement sans risques supplémentaires. Il n'est pas prouvé que le cancer soit relié à la thérapie à l'isoniazide.

Bibliographie sélectionnée:

Fourth Report, 1972; Frappier – Davignon, 1975; Glassroth, 1977; Ten Dam, 1976.

18 *Autres maladies contre lesquelles on peut s'immuniser (Influenza, pneumonie à pneumocoques et méningite à méningocoques)*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Les trois vaccins sont effectifs. Le degré de protection varie, de même que la fréquence des effets secondaires.	Pour chacun: I	Immunisation.	E Pour la population en général, A pour groupes à risque élevé.

Recommandation

1. L'immunisation antigrippale est recommandée pour les personnes de plus de 65 ans, ces dernières étant sujettes aux graves complications de la grippe.

2. Les vaccins antigrippal et antipneumococcique sont recommandés pour ceux qui souffrent de maladies chroniques débilitantes. Le vaccin antipneumococcique est connu comme étant immunogène et efficace contre la drépanocytose et l'asplénie fonctionnelle ou anatomique. Tous deux peuvent s'administrer simultanément, mais en différents endroits du corps. Les personnes ayant moins de 18 ans devraient être immunisées de préférence avec un vaccin antigrippal sous-unitaire.

3. Les femmes enceintes peuvent recevoir le vaccin antigrippal, mais les effets possibles, sur le foetus, des vaccins antipneumococcique et antiméningococcique ne sont pas connus.

4. Le vaccin de polysaccharide méningococcique des sérogroupes A et C ne devrait pas être administré de façon régulière aux civils.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La valeur du vaccin *antigrippal* dépend de la technique d'administration, de l'identité du vaccin et de la souche du virus causant l'épidémie visée. La protection apportée est spécifique à la souche; elle est efficace dans 50 à 70 p. 100 des cas. L'immunité croisée est possible, mais rare. L'immunisation annuelle contre la souche épidémique courante est nécessaire pour le maintien de l'immunité.

2. Le vaccin *pneumococcique* est sûr, antigénique et efficace (dans environ 80 p. 100 des cas) pour lutter contre la pneumonie pneumococcique spécifique et contre la bactériémie pneumococcique spécifique des adultes. Il protège contre les 13 types présents dans le vaccin; ceux-ci causent 80 p. 100 de toutes les infections pneumococciques. L'immunité persiste pendant 3 ans au moins. Une nouvelle immunisation précoce peut provoquer de graves réactions chez ceux ne possédant pas une concentration élevée d'anticorps.

3. La vaccination *méningococcique* est efficace, comme on peut le constater là où la méningite est répandue. La durée d'immunité dépend du vaccin et dure de quelques mois à 3 ans.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. *Grippe:* cette maladie est cyclique, mais, même en dehors des années épidémiques, elle cause, à chaque année, de 400 à 700 décès et de 15 000 à 17 000 hospitalisations. Les nourrissons (de moins d'un an) et les personnes âgées (de plus de 65 ans) y sont particulièrement exposés. Le taux de mortalité varie, proportionnellement à l'âge, de 1 à 65 p. 100.

B. *Pneumonie:* l'incidence exacte de la pneumonie pneumococcique ne peut être déterminée en raison du manque de données. Au Canada, 5000 décès et 80 000 hospitalisations sont enregistrés sous ce diagnostic chaque année; les pneumocoques causent de 70 à 80 p. 100 de ces infections. Les nourrissons (de moins d'un an) et les personnes âgées (de plus de 65 ans) y sont principalement exposés. Le taux de mortalité varie, suivant l'âge, de 3 à 8 p. 100. Les pneumocoques peuvent également être cause de méningite et, plus souvent, d'otite moyenne, particulièrement chez les enfants âgés de moins de 5 ans.

C. *Méningite méningococcique:* la méningite causée par les méningocoques est relativement rare au Canada; de 200 à 400 cas chaque année, soit la moitié de toutes les méningites. Les personnes de moins de 20 ans y sont les plus exposées. La mortalité varie de 14 à 20 p. 100.

III. *Intervention*

L'immunisation comporte des limites et des effets secondaires:

a) Les personnes allergiques aux oeufs et à leurs sous-produits ne devraient pas recevoir de vaccin antigrippal.

b) Les trois types de vaccin produisent souvent des réactions locales mineures et, pour un petit groupe de personnes, une forte réaction fébrile.

c) La polyradiculonévrite aiguë (syndrome de Guillain-Barré) est apparue comme nouvelle réaction secondaire du vaccin antigrippal A/New Jersey/76 en 1976. Elle a lieu environ 8 semaines après la vaccination pour près de 10 personnes par million de personnes vaccinées. On ne sait pas si une autre souche provoquerait la même réaction.

d) Les vaccins pneumococciques et méningococciques de sérogroupe C n'offrent pas de protection pour les enfants de moins de 2 ans et il vaut mieux ne pas les leur administrer.

Bibliographie sélectionnée:

Influenza: Recommandations, 1977; Williams, 1973.
Pneumonie: Austrian, 1977.
Méningite: Rapport, 1976; Recommandations, 1977.

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: preuve anecdotique de l'efficience de l'allaitement maternel. Le traitement est effectif chez les nourrissons dont l'état de santé n'est pas autrement affecté.	II-2	Pas encore disponible.	D

Recommandation

Des preuves plus ou moins adéquates permettent d'exclure la gastro-entérite infantile des affections à déceler lors de l'examen périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Comme des mesures de prévention précises ne sont pas encore disponibles, la surveillance périodique de la collectivité, ou une prévention efficace de cette maladie sont impossibles.

2. L'allaitement maternel permet le transfert permanent de la mère à l'enfant d'une grande variété de cellules et de substances immunologiquement actives que le nourrisson ne pourrait recevoir autrement. Elles comprennent les IgA sécrétoires, les lymphocytes B et T, les macrophages, les lysozymes et la lactoferrine. En outre, pour les enfants nourris au sein, le principal micro-organisme composant la flore intestinale est le *Lactobacillus bifidus*, contrairement aux coliformes, les principaux occupants de la partie inférieure du tractus gastro-intestinal des enfants artificiellement nourris. Beaucoup de documents affirment que dans les pays en voie de développement, l'allaitement protège contre la gastro-entérite; et les quelques études disponibles en Amérique du Nord laissent entrevoir que l'allaitement maternel apporte également une certaine protection dans les pays industrialisés.

3. Certaines collectivités y sont particulièrement exposées. La forme grave de cette affection frappe généralement les nourrissons de moins de 2 ans; des facteurs socio-économiques et nutritifs semblent également en influencer l'apparition.

4. Le traitement dépend de son étiologie. Parmi les affections bactériennes, les diarrhées provoquées par les *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter* et *Escherichia coli* sont importantes au Canada. On n'est pas fixé sur le rôle des *Giardia lamblia*. Quant à leur traitement, il existe. Six micro-organismes ressemblant à des virus (dont aucun toutefois ne peut être cultivé sur des cultures habituelles de tissus) sont pathogéniquement importants: les rotavirus, les adenovirus, les calicivirus, les «minireovirus», les coronavirus et de petits virus sans caractère particulier. Comme les recherches s'accélèrent dans ce domaine, on obtient fréquemment de nouveaux renseignements. Ce domaine devrait être passé en revue au moins à tous les deux ans.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

1. La diarrhée persiste de 5 à 10 jours environ. Les séquelles, dont l'intolérance aux disaccharides, sont probablement fréquentes, mais ne sont pas souvent importantes du point de vue clinique. La grande majorité des malabsorptions associées à cette affection sont passagères. L'infection causée par les rotavirus peut engendrer l'invagination. La forme grave n'atteint habituellement que les enfants de moins de 2 ans, en présence de facteurs nutritifs ou socio-économiques.

2. Ses répercussions, sur la famille de l'enfant atteint, varient. La forme aiguë comportant plus que des séquelles passagères bouleverse, à court terme, l'activité de la famille, surtout si la mère travaille hors du foyer. Le décès du nourrisson peut avoir des conséquences importantes et variables.

B. Pour la société

1. La morbidité infantile attribuable à cette affection est relativement coûteuse: à l'hôpital de Montréal pour enfants, le coût quotidien du traitement donné aux nourrissons hospitalisés est en moyenne de $300.

2. La mortalité est difficile à évaluer. La gastro-entérite aiguë peut survenir chez un enfant ou chez un nourrisson déjà mal nourri ou souffrant d'autres affections.

III. *Intervention*

1. Aucune intervention précise n'est actuellement disponible. Des vaccins particuliers deviendront ultérieurement disponibles; il serait sans doute souhaitable de surveiller périodiquement les taux d'acceptation de la population et de combiner des efforts du même type pour veiller à ce que soit accessible au public l'information concernant tous les vaccins.

2. Les preuves actuelles laissent entrevoir que la morbidité associée à la gastro-entérite aiguë, considérée comme étant significative d'un point de vue clinique, pourrait diminuer de moitié si tous les nourrissons étaient nourris au sein et surtout si cet allaitement se poursuivait au-delà de l'âge de 4½ mois.

Bibliographie sélectionnée:

Gurwith, 1977; Larsen, 1978; Madeley, 1977.

20 *Infection streptococcique hémolytique pouvant causer la glomérulonéphrite aiguë ou fièvre rhumatismale aiguë.*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Dans les collectivités soumises à certaines conditions, la prévention secondaire est efficace.	Dépistage dans la population en général: I Chez les groupes à risque élevé: III	Anamnèse relative à une infection par streptocoques béta-hémolytiques; culture de sécrétions de la gorge.	E Population en général; C groupes à risque élevé.

Recommandation

1. Aucune preuve ne permet d'appuyer la recommandation d'inclure ces deux affections à l'examen médical périodique dans un but préventif pour l'ensemble de la population.

2. Dans certains cas, la surveillance d'un groupe défini pourrait éviter, dans les collectivités à risque élevé, l'infection par streptocoques B-hémolytiques et, de ce fait, sa prolifération, car elle est responsable de ces deux affections.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention primaire consiste à éviter une première crise de glomérulonéphrite aiguë ou de fièvre rhumatismale aiguë chez les groupes à risque élevé et nécessite une antibiothérapie adéquate. Toutefois, les personnes à risque élevé d'infection streptococcique et de ses séquelles ne peuvent pas être identifiées avec certitude.

2. Pour la prévention secondaire de la *glomérulonéphrite* aiguë, l'intervention ne semble efficace que lorsqu'une épidémie de néphrite causée par des microorganismes néphritigènes sévit au sein d'une collectivité, que cette néphrite est identifiée grâce au diagnostic précoce (culture) de l'infection streptoccique et qu'un traitement précoce (pénicilline) est administré. On a conclu ce qui suit:

a) pendant ces épidémies, le taux de crises demeure constant (10 à 15%); et

b) chez les enfants prédisposés à cette affection, il suffit d'une brève infection par les streptocoques néphritigènes pour déclencher un processus néphritique ne pouvant être arrêté par l'élimination du microorganisme responsable.

Les autres facteurs sont d'ordre socio-économique (les mauvaises conditions d'hygiène et de logement, la surpopulation) et peuvent être réglés (par exemple dans les réserves indiennes du Nord).

3. La prévention secondaire de la *fièvre rhumatismale aiguë* signifie souvent la prévention par antibiothérapie d'une infection streptococcique des voies respiratoires supérieures chez les malades atteints de cette affection. D'après le mandat du Groupe d'étude, il s'agit là de prévention tertiaire. La plus efficace est la pénicilline à plus long spectre; la pénicilline par voie orale et l'érythromycine, bien que considérées comme efficaces, n'ont pas prouvé leurs valeurs thérapeutiques. La benzathine-pénicilline par voie intramusculaire, injectée en série, réduit le taux de crises d'une population à 0,004 par année-patient.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. En 1974, au Canada, 4 décès furent attribués à l'infection streptococcique de la gorge et à la scarlatine; mais 561 décès d'hommes et de femmes étaient attribués à la néphrite aiguë, à d'autres affections néphritiques ou à la néphrose. Les hommes ont perdu en moyenne 14,5 années potentielles de vie et les femmes, 17,5. La même année, la néphrite provoquait 0,32% des décès chez les hommes et 0,35% chez les femmes. Le taux de mortalité croît avec l'âge.

2. La morbidité associée à la fièvre rhumatismale et au rhumatisme articulaire aigu débute dès l'enfance et perturbe la période de productivité de la personne atteinte. Feinstein et ses collègues ont rapporté les résultats obtenus auprès de 441 malades ayant reçu un traitement prophylactique après une première crise de fièvre rhumatismale aiguë. La probabilité d'invalidité par une affection cardiaque au cours des années qui suivent la première crise était de 0,011 (5/441) et celle de rhumatisme articulaire aigu débilitant était de 0,039 (17/441).

3. Le rapport coût/rendement de la prévention de la fièvre rhumatismale a été évalué: l'hospitalisation d'une personne coûterait $1000 et la prescription de pénicilline à titre prophylactique coûterait $150 par personne, par année. (Une crise de fièvre rhumatismale aiguë nécessite en moyenne 11 jours d'hospitalisation et, par surcroît, 90 jours d'invalidité totale.)

III. *Intervention*

La méthode de dépistage comprend l'anamnèse d'une infection par les streptocoques B-hémolytiques et la culture des sécrétions de la gorge.

Bibliographie sélectionnée:

Lasch, 1971; Wood, 1964.

21 *Infection des voies urinaires*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
On peut dépister certains cas, mais le rendement est faible. Le traitement est souvent suivi d'une réinfection.	II-2	Analyse d'urine.	D

Recommandation

Des preuves plus ou moins pertinentes permettent d'appuyer la recommandation d'exclure l'affection de l'examen médical périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Les troubles virtuellement évitables associés à l'infection des voies urinaires comprennent les crises subséquentes de cystite et de pyélite, de pélo-néphrite chronique, d'hypertension et d'insuffisance rénale.

2. La «bactériurie» doit toujours être reliée à l'«infection des voies urinaires». En général, la présence de plus de 100 000 bactéries par millilitre d'urine est considérée comme «bactériurie importante». Cette concentration peut être considérée comme l'indice de *bactériurie*, terme qu'on retrouve dans les études sur la prévention, la fréquence, le diagnostic, le traitement et l'évolution de l'infection des voies urinaires.

3. En ce qui concerne la prévention, aucune preuve de la catégorie I ne permet d'appuyer l'établissement et le maintien d'un dépistage par tests d'urine. (Rien ne prouve par exemple, que la bactériurie asymptomatique, en l'absence de signes radiologiques de pyélonéphrite, soit importante au plan clinique; d'où la conclusion que la nécessité d'un programme d'analyse d'urine à grande échelle chez les enfants n'est pas démontrée). Par contre, l'analyse d'urine traditionnelle est tellement bien établie comme mesure préventive qu'elle est sans doute acceptable comme technique de dépistage chez les personnes asymptomatiques, examinées pour d'autres raisons.

4. Une étude effectuée au Canada et portant sur 23 427 fillettes d'âge scolaire a révélé que 1,3 p. 100 d'entre elles présentaient au moment du dépistage des résultats positifs pour la bactériurie. Cependant, 42 p. 100 de ces dernières présentaient des antécédents d'infection des voies urinaires; la proportion de cas d'infection des voies urinaires non dépistés auparavant n'est en fait que de 0,8 p. 100. En outre, les résultats de pyélographies intraveineuses subséquentes révèlent que le pourcentage des fillettes atteint .s d'une maladie rénale importante non encore détectée ne serait seulement que de 0,08 p. 100 (25 enfants) et que plusieurs parmi ces dernières sont en fait symptomatiques. Il n'existe en général, que peu de preuves que l'évolution de l'infection des voies urinaires en l'absence de lésion structurale grave soit importante.

5. Ces conclusions peuvent être atténuées du point de vue logique voulant que si un groupe cible doit être choisi, il doit être composé de filles d'âge pré-scolaire, car lors de l'intégration scolaire, la plupart des lésions structurales se sont déjà produites.

6. En ce qui a trait au traitement, les résultats à court terme du traitement de la bactériurie ne sont pas encourageants: les cas de réinfection sont fréquents, allant jusqu'à 45 p. 100 dans la même année. Les réinfections après traitement initial réussi sont plus fréquemment associées aux symptômes que l'infection rebelle des sujets témoins atteints de bactériurie non traitée.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. La bactériurie réelle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes: chez les femmes, sa fréquence générale est de 4 p. 100 (1% chez les fillettes et 10% chez les femmes plus âgées); chez les hommes, elle peut être dix fois plus faible.

2. La fréquence de dysurie chez les femmes adultes est d'environ 0,5 p. 100, mais il est probable que les deux-tiers d'entre elles souffrent de bactériurie réelle. Parmi celles-ci, plus de 90 p. 100 présentent des symptômes sans doute associés à une infection des voies urinaires, comparativement à environ 60 p. 100 des sujets de groupes de contrôle appariés. Pour environ 30 p. 100 des femmes atteintes de bactériurie, les symptômes se manifestent en moins d'un an. Ils se manifestent pour 4 p. 100 seulement de celles qui ne sont pas atteintes de bactériurie.

3. Parmi les femmes adultes, il existe probablement un groupe sujet aux crises de cystite causées par l'*Escherichia coli*, qui doit être considéré comme important au plan clinique. Ces crises durent en moyenne 4 mois (incidence de 12% par année, fréquence de 4%) et elles sont associées à une exposition sept fois plus élevée aux symptômes d'infection de la partie inférieure des voies urinaires. Il n'est pas certain que ce groupe de femmes soit également sujet à l'hypertension ou à l'insuffisance rénale. Les études ne permettent que de supposer une fréquence accrue de l'hypertension, une concentration élevée d'urée dans le sang, un pouvoir osmotique rénal diminué et une insuffisance rénale chronique ultérieure.

III. *Intervention*

1. Les analyses ordinaires d'urine effectuées au cabinet du médecin avec des bandelettes réactives, d'échantillons d'urine, de numération de colonies, etc., sont économiques ($25 à $50 par cas dépisté) et sont suffisamment sensibles et spécifiques.

2. Les méthodes surveillées donnent un meilleur rendement en spécimens chez les fillettes d'âge scolaire, mais elles sont trois fois plus coûteuses.

3. Il est utile de questionner les garçons sur la suffisance de leur jet urinaire. Cette question doit être posée dès la *première* visite.

Bibliographie sélectionnée:

Allen, 1974; Asscher, 1974; Dodge, 1974; Forbes, 1973; Kunin, 1975; Kunin, 1976; Marr, 1975; Randolph, 1964; Rich, 1976.

---

22 *Toxoplasmose*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
De bonnes mesures d'hygiène sont effectives.	III	S'informer sur l'exposition; le test sérologique pour *Toxoplasma Gondii* et le counseling sur l'hygiène chez le groupe à risque élevé	C Pour la population en général; A pour les groupes à risque élevé.

Recommandation

1. Rien ne prouve que cette affection doit être incluse à l'examen médical périodique autre qu'un examen pendant la grossesse.

2. Lors du premier examen prénatal, une femme devrait être interrogée afin de déterminer si le fait de garder un chat à la maison ou de manger de la viande crue la place dans un groupe à risque élevé.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La plupart des cas de toxoplasmose pourraient être évités par de simples conseils quant aux bonnes habitudes d'hygiène.

2. Si une séroconversion survient, la femme enceinte peut être traitée à la spiramycine, comme en Europe. Cette thérapie réduirait le taux d'infection foetale et, de ce fait, la toxoplasmose congénitale. Cependant, aucune étude sérieuse de contrôle n'a été menée jusqu'ici et nous ignorons si la spiramycine affecte le foetus.

3. Si le traitement est discontinué pendant la grossesse, il faudra suivre le nouveau-né et le traiter, le cas échéant.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Les risques de séroconversion s'élèvent à 1 p. 100 environ pendant la grossesse.

2. L'infection primaire de la femme enceinte est suivie une fois sur trois de l'infection du foetus. Une infection au début de la grossesse peut être fatale au foetus.

3. Les signes cliniques peuvent s'observer à la naissance ou apparaître plus tard. Les principaux signes sont la choriorétinite, l'uvéite et les lésions du cerveau avec calcification intracrânienne, hydrocéphalie ou microcéphalie.

III. *Intervention*

1. Les femmes considérées comme particulièrement exposées devraient subir un test sérologique pour dépister cette infection par le *Toxoplasma gondii*.

2. Les femmes enceintes non immunisées devraient être averties de ne manger de la viande que si elle est bien cuite; et si elles gardent un chat à la maison, de faire nettoyer sa litière par quelqu'un d'autre. (En cas d'impossibilité, elles devraient au moins le faire avec des gants.)

3. Les femmes non immunisées devraient subir un test à tous les trois mois pendant leur grossesse, et lors de l'accouchement. Le nouveau-né devrait lui aussi subir un test.

Bibliographie sélectionnée:

Desmonts, 1974; Krick, 1978; Viens, 1977; Viens, 1973.

---

23 *Maladies parasitaires autres que la toxoplasmose (enterobius vermicularis, ascaris lumbricoides, trichinella spiralis, taenia saginata, diphyllobothrium latum, entamoeba histotytica, giardia lamblia).*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Les mesures hygiéniques sont effectives.	III	Aucune intervention spécifique.	C Pour les groupes à risque élevé seulement.

Recommandation

1. Aucune preuve ne justifie l'inclusion des maladies parasitaires parmi celles qui doivent être recherchées lors de l'examen médical périodique et les recommandations qui peuvent porter sur d'autres aspects.

2. Au Canada, les Indiens et les Inuit peuvent faire partie de groupes particulièrement exposés à l'infection causée par *Ascaris lumbricoides* et *Giardia lamblia*.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Comme certains parasites présentent des risques pour la santé, il est évidemment souhaitable d'éviter toute maladie qu'ils peuvent déclencher. Les moyens les plus efficaces sont les bonnes habitudes d'hygiène, l'inspection sérieuse des animaux dans les abattoirs et la bonne cuisson de la viande.

2. Des méthodes de traitement, une fois ces affections identifiées, sont en général disponibles. Pour certaines d'entre elles, le traitement régulier peut servir de mesure de prévention (par ex. l'infection par *Enterobius vermicularis*).

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. La maladie parasitaire la plus fréquente est causée par *l'Enterobius vermicularis* (oxyures), mais elle est relativement peu importante au point de vue clinique.

2. Les autres parasites sont assez rares, sauf chez certains groupes d'immigrants, les Indiens et les Inuit.

III. *Intervention*

Il faut mettre l'accent sur le diagnostic des cas symptomatiques.

Bibliographie sélectionnée:

Matsen, 1969; Simon, 1974.

---

24 *Blennorragie*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: valeur limitée. Traitement: efficace si administré tôt.	II-2	Frottis du col utérin et de l'urètre; culture des sécrétions du col utérin, de l'urètre et des premières urines.	D Pour la population en général; A les femmes enceintes doivent être examinées; A l'incidence est plus élevée chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels.

Recommandation

1. Des preuves plus ou moins bonnes justifient l'inclusion du dépistage de cette affection à l'examen médical périodique pour l'ensemble de la population.

2. Le dépistage général ou le dépistage de cas devraient cependant se faire pour les femmes qui visitent les cliniques de gynécologie et d'avortement.

3. Dans le groupe à risque élevé, il faut inclure les militaires, les personnes qui se trouvent dans des camps de travail et dans les prisons, ainsi que les homosexuels. Le dépistage général ou le dépistage de cas sont également recommandés chez ces personnes.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention peut être primaire ou secondaire. La prévention n'est pas infaillible pour les personnes à risque élevé parce qu'elles:

a) ne se limitent pas à un seul partenaire sexuel;
b) utilisent des moyens prophylactiques inefficacement et incorrectement et
c) ne se présentent probablement pas aux examens médicaux périodiques.

2. Le dépistage s'effectue systématiquement chez les femmes qui visitent les cliniques de gynécologie ou d'avortement. Le dépistage de la blennorragie congénitale se fait plus facilement avec ce groupe. Les militaires, les hommes des camps de travail, ceux qui se trouvent en prison et les homosexuels constituent d'autres groupes pouvant se prêter à cette forme de dépistage.

3. L'efficacité du traitement dépend surtout du moment où il est administré.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

1. Au Canada, la blennorragie est l'affection la plus souvent signalée et sa déclaration est obligatoire. Plus de 50 000 cas furent enregistrés en 1975.

2. L'affection se retrouve plus fréquemment chez les personnes de 20 à 25 ans (groupe plus jeune que celui qui manifeste la plus haute incidence de syphilis).

3. Les séquelles graves résultant d'une blennorragie non traitée sont la stérilité, les grossesses ectopiques et l'arthrite.

B. Pour la société

Au Canada, les frais associés à cette affection s'élèvent à environ $30 millions. En 1972, une étude évaluait que, aux États-Unis, les coûts causés par cette affection s'élevaient à plus de $210 millions, montant qui doit être bien plus élevé aujourd'hui.

III. *Intervention*

1. Les meilleurs moyens de dépister cette affection sont les frottis de cellules du col utérin et de l'urètre. La précision du dépistage général dépend beaucoup du groupe visé et de l'efficacité du transport des spécimens. La sensibilité des frottis cervicaux est d'environ 65 p. 100 et leur spécificité d'environ 95 p. 100.

2. Une autre méthode consiste à faire des cultures des premières urines, ce test est aussi sensible que la culture d'un prélèvement urétral.

Bibliographie sélectionnée:

Cooper, 1976; Rendtorff, 1974; Silverstone, 1974.

---

25 *Syphilis*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: valeur limitée. Traitement: efficace s'il est administré assez tôt.	II-2	Épreuves sérologiques.	D Pour la population en général; A les femmes enceintes doivent être examinées; A pour les groupes à risque élevé.

Recommandation

1. Des preuves plus ou moins adéquates justifient l'exclusion de cette affection de l'examen médical périodique pour l'ensemble de la population.

2. La femme enceinte représente une exception; la possibilité d'une infection syphilitique doit être envisagée et doit donc faire l'objet de recherches lors des examens de grossesse.

3. Les militaires, les personnes qui vivent dans des camps de travail et dans les prisons y sont particulièrement exposés. Les homosexuels constituent, eux aussi, un groupe à risque élevé.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention peut être primaire ou secondaire. Elle n'est pas infaillible chez les personnes à risque élevé parce que celles-ci a) ne s'en tiennent pas à un seul partenaire sexuel, b) utilisent des moyens prophylactiques de façon inefficace ou incorrecte et c) ne subissent probablement pas d'examens médicaux périodiques.

2. Le dépistage s'effectue de façon systématique chez les femmes qui visitent les cliniques de gynécologie et d'avortement. Cette mesure permettrait également d'identifier la syphilis congénitale. Les militaires, les hommes des camps de travail et les prisonniers sont d'autres groupes qui pourraient faire l'objet de cette forme de dépistage.

3. L'efficacité du traitement dépend beaucoup du moment où il est administré. On considère qu'un traitement à base de pénicilline pendant une période allant de 10 jours à 2 semaines est efficace à environ 95 p. 100.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

1. Actuellement, la syphilis est relativement peu fréquente au Canada. En 1975, 4000 cas environ furent relevés; et, à Toronto, dans 62 p. 100 des cas, les victimes étaient des homosexuels.

2. La syphilis congénitale est rare mais extrêmement grave du fait de la mortalité foetale et de ses effets à long terme chez les enfants qui survivent.

B. Pour la société

De nos jours, la plupart des cas sont dépistés dès la période primaire, de sorte que le fardeau réel pour la société est relativement faible. Mais la situation pourrait changer rapidement si des souches résistantes de l'organisme apparaissaient et se propageaient.

III. *Intervention*

1. Des épreuves sérologiques comme le VDRL et le ART ont une sensibilité d'environ 95 p. 100. La spécificité est plus difficile à déterminer car elle dépend beaucoup du type de population faisant l'objet du dépistage. De plus, plusieurs affections distinctes fournissent de fausses lectures positives. (La spécificité est de moindre importance, car le traitement est peu coûteux, simple et exempt de complications.)

2. D'autres épreuves présentant une sensibilité et une spécificité supérieures peuvent être utilisées si les résultats du VDRL et du ART sont douteux; mais elles sont plus coûteuses.

Bibliographie sélectionnée:

Ritchey, 1975.

26 *Infection génitale par la chlamydia*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: difficile. Traitement: antibiotiques.	III	Épreuves sérologiques; cultures; frottis.	C

Recommandation

Des preuves pertinentes justifient l'exclusion de cette affection de l'examen médical périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Cet agent causal est à l'origine de certains cas d'ophtalmie purulente et de pneumonie chez le nouveau-né. L'infection d'une femme enceinte peut être asymptomatique. L'isolement et la confirmation de la présence de cet organisme coûtent cher. La prévention s'avère donc difficile.

2. Le traitement consiste à administrer des antibiotiques comme la tétracycline.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

Il s'agit sans doute de l'agent qui cause le plus fréquemment des urétrites non gonococciques, qui semblent être plus répandues que les urétrites gonococciques. Ses manifestations pathologiques sont le trachome, la conjonctivite et l'urétrite à inclusion, peut-être la cervicite et parfois la pneumonie. Les conséquences à long terme ne sont pas connues.

III. *Intervention*

1. L'organisme est cultivé seulement au moyen de techniques spéciales (cultures de cellules ou d'oeufs).

2. L'épreuve de précipitation au radio-isotope (RIP) est un test adéquat à des fins de dépistage.

3. Le test micro-IF est important, mais n'est pas encore devenu une méthode diagnostique établie.

Bibliographie sélectionnée:

Darougar, 1976; Embil, 1978; Richmond, 1976.

---

27 *Infections par le virus du groupe herpès de type 2 et infections à cytomégalovirus*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: inconnue. Traitement: inefficace.	III	Épreuves sérologiques, cultures, examens microscopiques.	C

Recommandation

Peu de preuves justifient l'inclusion de cette affection dans un examen médical périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Aucun traitement ne s'est avéré efficace. Les accès se produisent périodiquement mais les complications sont rares. Aucune donnée sur la prévention au moyen de condoms ou de gelées vaginales n'est disponible.

2. L'infection peut être transmise au foetus *in utero*, d'où infection congénitale. Le dépistage précoce pendant la grossesse et l'accouchement par césarienne empêcheront la propagation de l'infection pendant l'accouchement. Cette intervention est à conseiller en présence d'une infection par l'herpès, mais non pour une infection à cytomégalovirus. Le nouveau-né ne présente que rarement des symptômes de cette affection.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Les accès peuvent se produire aussi souvent que deux fois par mois, mais les complications sont relativement rares; celles-ci comprennent le rétrécissement de l'urètre, la myélite ascendante et la méningite. L'incidence des infections par ces virus n'est pas connue, mais elle semble être en hausse.

2. On se préoccupe du rapport possible entre l'infection par le virus herpès type 2 et le carcinome de l'appareil génital. Il n'existe cependant aucune preuve pertinente du rapport de cause à effet entre ces deux affections.

III. *Intervention*

1. Prélèvement cytologique ou frottis avec examen microscopique à fond noir pour exclure la syphilis.

2. Techniques habituelles de culture de tissus.

3. Épreuves sérologiques pour quantifier les anticorps.

Bibliographie sélectionnée:

Amstey, 1975; Josey, 1972.

28 *Insuffisance pondérale du nouveau-né*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: un régime adéquat (particulièrement en protéines) est efficace; il est conseillé de s'abstenir de fumer.	II-2	Consommation adéquate de calories et de protéines; fumer moins, ou arrêter complètement.	B

Recommandation

Des preuves plus ou moins adéquates permettent de recommander que les femmes enceintes soient persuadées de veiller à s'assurer une alimentation équilibrée et de s'abstenir du tabac pendant leur grossesse.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Il y a deux facteurs préventifs pertinents: le supplément nutritif pour la mère et l'abandon du tabac pendant la grossesse.

2. Une plus grande consommation de protéines et de matieres fournissant de l'énergie chez les femmes enceintes, en particulier celles dont l'état nutritionnel laisse à désirer, semble provoquer l'augmentation du poids du nouveau-né jusqu'au niveau optimal.

3. Un supplément de protéines de l'ordre de 30 g/j par rapport au niveau de base est nécessaire pour l'obtention d'un bilan azoté adéquat. Cette valeur excède celle de la précédente recommandation de 10 g/j.

4. Le corollaire est vrai: une carence en protéines et en calories chez la mère est reliée à une diminution pondérale significative du nouveau-né. Dans une étude effectuee au Guatemala, on mentionnait que lorsque le supplément de calories absorbées pendant toute la grossesse excédait le niveau requis pour les femmes non enceintes, mais n'atteignait pas 5000 cal, le poids à la naissance était en moyenne de 2900 g; quand ce supplément se situait entre 5000 et 20 000 cal, le poids était en moyenne de 3000 g et quand il excédait 20 000 cal, le poids passait alors à 3200 g en moyenne.

5. La preuve, quant à l'abandon du tabac pour éviter l'insuffisance pondérale du nouveau-né, n'est pas clairement établie, mais a suffisamment de poids pour que l'on conseille aux femmes enceintes d'arrêter de fumer, ou de fumer moins pendant leur grossesse. Si on démontrait éventuellement que la contre-indication de la cigarette n'est pas nécessaire, cette recommandation pourrait être révisée. Les recommandations actuelles ne comportent aucun risque pour la mère ou le bébé.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. En 1976, 391 décès néo-natals étaient attribués, au Canada, à l'immaturité (prématurité, hypotrophie et insuffisance pondérale).

2. En 1974, l'immaturité était responsable de 3 à 4 p. 100 des décès néo-natals au Canada.

III. *Intervention*

Deux interventions peuvent être recommandées: veiller à ce que la femme enceinte absorbe une quantité suffisante de protéines et de calories et qu'elle s'abstienne de fumer (ou, au moins, qu'elle réduise le nombre de cigarettes).

Bibliographie sélectionnée:

Donovan, 1977; Lecktig, 1974; Meyer, 1976; Singer, 1968; Winick, 1970.

29 *Malnutrition*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: l'efficacité n'a pas encore été prouvée. Traitement: plus ou moins efficace.	III	Anamnèse; mesure de la taille et du poids et autres mesures anthropométriques.	A Pour la population en général; B pour les groupes à risque élevé.

Recommandation

1. Aucune preuve pertinente ne justifie la recommandation d'inclure le dépistage de cette affection dans l'examen médical périodique pour l'ensemble de la population et les recommandations peuvent porter sur d'autres aspects.

2. Toutefois, pour certains groupes à risque élevé, le dépistage général ou le dépistage des cas de carences alimentaires est justifié. Les groupes à risque élevé incluent les adolescentes, les femmes enceintes, les femmes allaitant pendant une période prolongée, les personnes présentant des «marottes alimentaires», les Amérindiens et les Inuit.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Il est prouvé que beaucoup de genres de diétothérapies peuvent corriger des carences en calories ou en substances nutritives précises.

2. La prévention primaire nécessite une surveillance rigoureuse des familles défavorisées et des personnes connues comme présentant des risques élevés.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. La carence en calories ou en protéines est associée à une croissance foetale lente, à un haut taux de mortalité périnatale et à un retard dans le développement du cerveau.

2. La sous-alimentation prolongée des enfants de moins de 5 ans peut ralentir le taux de croissance, altérer le développement psychomoteur, diminuer la résistance à l'infection et nuire au rendement académique.

3. Une carence en protéines altère la santé. Dans un groupe de femmes enceintes, 5 p. 100 avaient des niveaux de protéines plasmatiques inférieurs à 5 g/dL et 25 p. 100 avaient des niveaux se situant entre 5,5 et 6 g/dL. Parmi les enfants âgés de moins de 5 ans, 1,2 p. 100 avaient des niveaux se situant entre 5 et 6 g/dL et dans le groupe des 6 à 9 ans, 0,1 p. 100 avaient des niveaux inférieurs à 6 g/dL et 5,5 p. 100 avaient des niveaux se situant entre 6 et 6,4 g/dL. Dans le groupe des moins de 4 ans, 3,6 p. 100 avaient une insuffisance pondérale se situant entre 60 et 80 p. 100 en dessous de la moyenne.

III. *Intervention*

1. Chez les personnes de 0 à 19 ans et les femmes enceintes, il serait bon de déterminer la concentration de protéines plasmatiques, de s'informer de leurs habitudes alimentaires, de les peser et de les mesurer.

2. Chez les enfants de moins de 5 ans, il est utile de faire le rapport taille-poids-âge, de mesurer la circonférence de la tête et l'épaisseur du pli cutané.

3. Chez les personnes âgées de 6 à 19 ans, les tests anthropométriques incluent la mesure du poids, de la taille de la tête, de la poitrine, de la circonférence des bras et de l'épaisseur des plis cutanés tricipitaux et sous-scapulaires.

4. Il est également suggéré de faire subir des tests pour dépister les carences en fer, en acides foliques, en calcium et en vitamine D.

5. Au cours de l'examen médical périodique d'un adulte de plus de 20 ans (sauf les femmes enceintes et celles qui allaitent), il n'est pas nécessaire d'inclure des tests biochimiques pour dépister les carences en protéines. Une visite à domicile s'avère une bonne méthode de dépistage.

Bibliographie sélectionnée:

Bergner, 1970; Committee, 1970; Direction, 1976; Jelliffe, 1973; Maternal, 1971; McKigney, 1976; Nutrition, 1973; Schlenker, 1973; Thomson, 1973; Zerfas, 1977.

---

30 *Obésité des enfants*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
La valeur de la prévention ou du traitement n'a pas été démontrée.	III	Série de mesures précises de la taille et du poids.	C

Recommandation

Peu de preuves justifient l'inclusion de cette affection à l'examen médical périodique et les recommandations peuvent porter sur d'autres aspects.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Plus l'obésité apparaît tôt, plus elle est difficile à traiter. Il n'existe cependant pas de programme efficace pour éviter ou traiter l'obésité des enfants.

2. Malgré l'absence de méthode préventive ou curative efficace de l'obésité des enfants, il est conseillé d'identifier tout écart marqué avec une croissance normale au cours de la première et de la seconde enfance, en consignant poids et taille sur des fiches adéquates de croissance normalisée.

3. Il faut tenir compte de certains facteurs importants dans la pathogénie et le maintien de l'obésité. L'un de ces facteurs est la diminution de la dépense énergétique tant au cours des activités volontaires qu'au repos. Un autre facteur est une absorption accrue de calories. Toutefois, si les mesures visant à réduire la tendance à l'obésité pendant l'enfance sont conseillées, elles devraient s'appliquer tout au long de la fréquentation scolaire. Ces mesures se présentent surtout comme un accroissement net des activités physiques quotidiennes, surtout celles qu'il est possible de poursuivre toute la vie.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. En 1974, pour le groupe des moins de 14 ans ayant reçu leur congé de l'hôpital, le diagnostic d'obésité (l'obésité d'origine hormonale exclue) a été établi pour 0,23 p. 100 des garçons et pour 1 p. 100 des filles. Pour ce groupe, l'affection représentait moins de 0,3 p. 100 des jours d'hospitalisation.

2. L'obésité précoce étant difficile à traiter, les enfants obèses sont plus susceptibles d'en subir les conséquences physiologiques et psychosociales tout au long de leur vie.

III. *Intervention*

Aucune intervention particulière pouvant s'appliquer lors d'un examen de santé périodique n'a été trouvée efficace pour la prévention de l'obésité.

Bibliographie sélectionnée:

Garn, 1976; Knittle, 1971; Mann, 1974; Seltzer, 1970.

31 *Troubles de croissance (hormonaux)*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Traitement valable et efficace pour une personne dont la petite taille est due à l'hypothyroïdie, à l'hypopituitarisme et à l'hyperplasie surrénale congénitale.	II-2	Enregistrement de la taille et du poids et autres mesures anthropométriques normalisées.	B

Recommandation

1. Des preuves pertinentes permettent d'inclure une épreuve de dépistage des troubles de croissance dans l'examen médical périodique, car les anomalies de croissance peuvent se déceler et certaines d'entre elles être traitées avec succès.

2. Il faudrait donc enregistrer la taille et le poids des enfants sur une fiche normalisée. Ceux pour lesquels ces mesures ne se situent pas entre le 3e et le 97e centiles, ou qui changent de classes centiles, devraient être examinés pour que ces résultats soient vérifiés.

3. La fréquence d'enregistrement de la taille et du poids est toujours quelque peu arbitraire et elle doit faire l'objet de plus amples études.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention secondaire se rapporte au dépistage. Les enfants de courte stature seront dépistés si leur taille et leur poids sont enregistrés et comparés aux normes courantes pour ceux du même âge et pour des groupes ethniques similaires.

2. En ce qui concerne la prévention tertiaire, la thérapie aux hormones de croissance est efficace pour les enfants présentant des anomalies des hormones de croissance, si cette thérapie est entreprise dès le début de la maladie. Le traitement de l'hypothyroïdie et celui de l'hyperplasie surrénale sont également efficaces.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. La courte stature est le problème principal. Dans une étude effectuée auprès de 2256 enfants âgés de 10 ans, on a signalé 98 enfants de courte stature, dont 16 souffraient de maladies organiques. Un seul d'entre eux ne souffrait que d'une insuffisance d'hormones de croissance.

2. La courte stature n'est pas associée à des taux spécifiques de morbidité et de mortalité, mais elle impose à la personne un fardeau psychologique et socio-économique. La morbidité et la mortalité subséquentes peuvent être attribuables à des causes organiques de la courte stature, y compris l'hypothyroïdie, l'hypopituitarisme, l'hyperplasie surrénale et la dysgénèse ovarienne.

3. L'incidence de l'hypothyroïdie congénitale est de 1 sur 6000, mais celle de l'hypothyroïdie juvénile n'est pas connue. L'hypopituitarisme est rare, mais une carence nutritionnelle ou affective peut conduire à l'hypopituitarisme fonctionnel. L'hypopituitarisme et l'hypothyroïdie occasionnent tous deux une courte stature, la faiblesse, la fatigue et une incapacité d'entrer en compétition avec des pairs. Les tumeurs de l'hypophyse peuvent causer la cécité et l'hypertension intracrânienne.

4. D'autres causes organiques de la courte stature sont l'hyperplasie surrénale congénitale et la dysgénèse ovarienne. En raison de troubles surrénaux possibles, l'hypersécrétion endocrinienne est probablement associée, à l'âge de 5 ans, à plus de la moitié des mortalités.

III. *Intervention*

1. On doit enregistrer le plus tôt possible, et séquentiellement, la taille et le poids des enfants. Les résultats doivent être consignés sur une fiche de croissance normalisée.

2. La fréquence de ces examens n'est pas précisée. Une preuve de la catégorie III démontre qu'ils doivent s'effectuer comme suit: au cours de la première année, 5 fois; pendant la seconde, 3 fois; entre 3 et 6 ans, 3 fois, et par la suite, jusqu'à 18 ans, 4 fois. Cette intervention n'est pas pénible pour le malade.

3. Les enfants dont les valeurs se situent en-deça du 3e et au-dessus du 97e centile, ou ceux présentant des écarts importants avec le taux normal de croissance, devraient être examinés pour fins de dépistage de la cause éventuelle de l'écart.

Bibliographie sélectionnée:

Committee, 1977; Guyda, 1975; Lacey, 1974; McClelland, 1976; Tanner, 1971.

32 *Problèmes parentaux, y compris l'enfance maltraitée et négligée*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
L'intervention peut être effective pour empêcher de maltraiter les enfants.	Enfant maltraité II-1 Parentalité III	Anamnèse counseling; évaluation des interactions parents-enfants.	B enfant maltraité; C parentalité.

Recommandation

Des preuves plus ou moins adéquates justifient la recommandation d'inclure ce problème dans l'examen médical périodique.

Introduction

1. La qualité de la parentalité est critique pour la croissance saine et l'évolution normale d'un enfant. Des preuves attestent de plus en plus qu'il est possible d'identifier, par l'observation du comportement parental au cours des périodes prénatale et périnatale, bien des parents qui nécessitent des services supplémentaires. La salle d'accouchement est un des points d'observation fort importants et faciles d'accès.

2. Il existe également des preuves à l'appui du concept voulant que la qualité et la durée de l'interaction parent-enfant, au cours des premières minutes, des premières heures et des premiers jours de la vie postnatale, puissent influencer la relation parent-enfant, ainsi que le développement global de l'enfant.

3. Les preuves soumises révèlent trois mesures particulières valables pour renforcer et stabiliser le lien entre parent et enfant:

a) contact précoce de la mère avec l'enfant dans la salle d'accouchement;
b) cohabitation (permettre que la mère et l'enfant partagent la même chambre);
c) allaitement.

4. Les difficultés de parentalité proviennent de divers facteurs. Aucun facteur isolé n'est suffisant pour nuire à l'enfant; mais, associés aux autres, des échecs marqués de la fonction parentale se constatent reliés. Les principaux facteurs sont parentaux, liés à l'enfant, et sociaux.

a) *Facteurs parentaux*. Les parents ayant subi de mauvais traitements pendant leur propre enfance ont tendance à éprouver des difficultés avec l'éducation de leurs enfants. Les parents jeunes faisant preuve d'immaturité affective, présentant des antécédents de troubles psychiatriques, ou ayant un casier judiciaire sont plus particulièrement exposés aux risques de difficultés avec l'éducation de leurs enfants.

b) *Facteurs relatifs à l'enfant*. Certains aspects du comportement ou de la santé de l'enfant peuvent conduire à des difficultés en imposant des exigences supplémentaires aux parents assumant déjà difficilement leurs responsabilités. Les enfants souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance, physiquement handicapés ou déficients mentaux, ou dont le tempérament est instable (par exemple l'hyperactivité et les colères fréquentes) sont plus exposés.

c) *Facteurs sociaux*. La pauvreté, le logement inadéquat et l'absence d'un parent sont autant de facteurs pouvant concourir, par effet cumulatif, à produire des situations dans lesquelles les enfants sont négligés ou maltraités.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La valeur du traitement pour régler les troubles familiaux n'a pas été assez étudiée.

2. Les régimes de prévention de l'irresponsabilité parentale sont appliqués pendant les phases primaire, secondaire et tertiaire.

3. La prévention auprès des familles particulièrement exposées aux risques de mauvais traitement des enfants est efficace.

4. Les mesures de prévention orientées vers la mise en valeur et l'appréciation de la fonction parentale sont préférables à l'absence de mesures ou au traitement d'un trouble présent chez le parent ou chez l'enfant.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

1. On a constaté que les troubles physiques étaient plus fréquents chez les familles éprouvant des problèmes de parentalité.

2. Le fardeau cumulatif des souffrances est considérable. Les enfants ne connaissant pas de parentalité efficace ou engagée deviennent souvent incapables de s'assumer eux-mêmes comme des parents efficaces ou responsables.

3. Les personnes particulièrement exposées sont celles qui proviennent de familles ayant connu des troubles de parentalité. D'autres groupes familiaux à risque élevé sont ceux qui sont désavantagés par un revenu modeste, une éducation insuffisante, un emploi médiocre, ou ceux qui présentent des antécédents de troubles physiques prolongés ou fréquents.

B. Pour la société

1. L'effet des familles éprouvant des difficultés de parentalité est considérable si l'on considère l'économie et la perte de personnes bien intégrées et productives.

2. Le coût occasionné par une intervention retardée ou nécessitée par un état de crise dépasse largement celui d'une intervention précoce.

III. *Intervention*

1. L'évaluation de la parentalité responsable doit commencer dès la période prénatale par le relevé des expériences que chaque parent a vécues pendant son enfance et de questions sur leur attitude face à l'enfant. L'évaluation de la parentalité responsable est celle d'une relation entre deux personnes, et de leurs réactions entre elles. La période post-natale et les visites de soins au nourrisson fournissent d'excellentes occasions d'évaluer la relation entre la mère et l'enfant. Une étude a démontré que de simples observations et questions peuvent fournir une indication valable qui permet de déceler les familles ayant davantage besoin d'aide. L'identification des interventions précises pouvant être efficaces pour une évaluation fiable de la parentalité responsable est prioritaire.

2. L'omnipraticien ou l'infirmière hygiéniste peuvent également évaluer la parentalité lors des maladies de l'enfant, plus précisément au cours de visites à la maison.

3. L'identification d'un risque ne suppose pas nécessairement de besoin d'intervention ou l'occasion «d'étiqueter» la famille comme ayant un problème. Les difficultés de parentalité couvrent un vaste éventail, allant du mauvais traitement physique des enfants, en passant par le rejet et l'anxiété, pour aller jusqu'à la surprotection. La présence de plusieurs facteurs de risque peut inciter le médecin à prendre des mesures préventives, comme la mobilisation d'une aide-infirmière ou d'une assistante sociale. Un risque moins évident peut ne nécessiter qu'une vigilance supplémentaire au moment de prodiguer des soins au nourrisson, ou lorsque surviennent des périodes de stress plus intense. À l'opposé de l'inaction, le fait que le médecin montre qu'il s'intéresse suffisamment aux problèmes des parents pour leur poser ces questions permet l'épanouissement du genre de relation dans laquelle une mère se sent assez en confiance pour en discuter. Plusieurs problèmes sont reliés à la normalité de l'enfant et l'assurance que le médecin fournit, en confirmant le fait que l'enfant se développe normalement, peut être précieuse pour le bien-être de la famille. Faute de preuves renouvelées de l'efficacité des interventions visant à améliorer la parentalité responsable, l'opinion des experts indique que cette mesure comporte en elle-même une certaine valeur intrinsèque.

Bibliographie sélectionnée:

Baldwin, 1975; Brazelton, 1975; Frommer, 1973; Galston, 1969; Gray, 1976; Helfer, 1976; Klaus, 1976; Klein, 1971; Smith, 1974; Van Stolk, 1972.

---

33 *Hyperactivité et difficultés d'apprentissage*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: n'est pas effective. Traitement: efficace dans le cas de l'hyperactivité.	Hyperactivité: I Difficulté d'apprentissage: II-2	Évaluer l'interaction parent-enfant; dépistage pédagogique pré-scolaire.	C Pour les deux affections.

Recommandation

Peu de preuves montrent que le dépistage de cette affection doit se faire ou non pendant l'examen périodique; par contre un tel examen peut être fait pour d'autres motifs.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Même si quelques tests permettent de déterminer les difficultés d'apprentissage, peu d'études démontrent l'efficacité de mesures curatives pour les enfants particulièrement exposés aux troubles d'apprentissage.

2. Des traitements sont généralement administrés aux enfants hyperactifs dont les parents demandent de l'aide. Ces traitements, souvent sous forme de médicaments, ont démontré leur efficacité, du moins à court terme. Le régime alimentaire, préconisé par le Dr *Feingold, est souvent prescrit, mais aucun test ne prouve qu'il réduit réellement l'hyperactivité. Aucune preuve de prévention primaire de l'hyperactivité n'existe.*

3. L'efficacité du traitement des problèmes de comportement reconnus, à l'aide de techniques faisant appel à des conversations avec le thérapeute, n'a pas été clairement établie.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Au Canada, le nombre d'enfants souffrant de problèmes d'apprentissage et de troubles affectifs varie de 10 à 15%.

2. Pour les familles, le fardeau peut être fort lourd, tant sur le plan affectif que financier. L'apparition, dès la tendre enfance, des problèmes d'apprentissage et des troubles affectifs, peut annoncer une vie qui sera marquée par l'inadaptation sociale et par des malaises psychologiques.

3. Les coûts associés au traitement sont en grande partie ceux des services médicaux, paramédicaux et sociaux.

4. Les décès dus à des problèmes de comportement sont rares.

III. *Intervention*

Après une entrevue avec l'enfant et son observation, ainsi que celle des interactions parent-enfant, vérifier si l'enfant a été soumis au dépistage pré-scolaire et suivre ses progrès scolaires.

Bibliographie sélectionnée:

Arnold, 1977; Cantwell, 1975; Gittelman-Klein, 1976.

34 *Troubles familiaux, problèmes conjugaux et sexuels*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Incertaine.	III	Anamnèse; counseling.	C

Recommandation

Quoique peu de preuves scientifiques justifient l'inclusion de ces affections dans un examen médical périodique, l'inclusion est recommandée en raison de leur fréquence, du fardeau de souffrances qu'elles entrainent et du poids de certaines opinions de personnes bien informées selon lesquelles les malades peuvent être aidés par des conseils.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention peut être primaire et prend alors la forme d'une éducation sanitaire, qui peut être donnée à l'école, dans le cadre de programmes d'éducation en matière de santé communautaire ou lors d'examens médicaux périodiques. La prévention primaire peut être faite par des travailleurs sociaux, des infirmières, des enseignants ou des médecins. Elle peut prendre la forme de cours prénatals, d'ateliers de formation des parents et de groupes d'enrichissement du mariage.

2. La prévention secondaire et tertiaire peut prendre la forme de counseling personnel, matrimonial et sexuel, et de thérapie familiale.

3. On ne connaît que très peu de choses sur la valeur de cette prévention. La recherche dans ce domaine devrait s'inscrire en priorité.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

Le fardeau de souffrances est très lourd, surtout pour les enfants des familles perturbées. Quand les parents ne remplissent pas leur rôle du fait de troubles familiaux, les enfants risquent d'être aux prises avec des problèmes de santé physique, aussi bien que de comportement.

III. *Intervention*

Plusieurs outils sont mis au point pour évaluer le fonctionnement de la famille. Mais jusqu'à ce qu'ils aient été mieux évalués, ils ne peuvent être recommandés comme étant adéquats.

Bibliographie sélectionnée:

Pless, 1973; Rapport, 1976; Skynner, 1976; Smilkstein, 1978.

35 *Troubles psychiatriques (troubles affectifs et suicide)*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Troubles affectifs d'ordre psychotique: le traitement est efficace.	I	Il n'existe aucune intervention qui permette de déceler les prodromes.	D Pour toutes les affections.
Troubles affectifs d'ordre névrotique ou réactionnel: l'efficacité du traitement est incertaine.	II-1		
Suicide: la valeur de la mesure préventive n'a pas été prouvée.	II-2		

Recommandation

Des preuves passables justifient le besoin d'exclure cette affection de l'examen périodique de santé.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. On préconise la prévention secondaire ou tertiaire pour les troubles affectifs psychotiques. Le carbonate de lithium est efficace contre les maladies nerveuses à forme bipolaire, quoique le fait de ne pas se conformer au traitement en réduit les effets après plusieurs années.

2. Les électrochocs permettent de traiter les dépressions psychotiques mais leur efficience se trouve réduite du fait que beaucoup de malades refusent de s'y soumettre.

3. Les antidépresseurs tricycliques sont également disponibles pour le traitement des dépressions psychotiques, bien que le refus de prendre ces médicaments pose un sérieux problème. L'efficacité des antidépresseurs tricycliques pour le traitement des troubles affectifs névrotiques ou réactionnels n'a pas été démontrée de façon probante. Il faut envisager la possibilité d'un effet placébo.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. En 1973, le traitement de troubles affectifs de tout genre a nécessité environ 600 000 journées d'hospitalisation au Canada.

2. En 1974, le suicide était cause officielle du décès de 2902 personnes au Canada, soit 2103 hommes et 799 femmes. Au cours de la même année, plus de 84 000 années potentielles de vie étaient perdues à cause du suicide de Canadiens âgés de 1 à 70 ans. Dans 50 p. 100 des cas, des antécédents de dépression avaient joué un rôle.

3. Les effets du suicide sur la productivité nationale peuvent être évalués à partir des statistiques suivantes: en 1974, au Canada, 272 personnes âgées de 10 à 19 ans se sont suicidées, parmi lesquelles on comptait quatre fois plus de garçons que de filles.

4. La dépression et les répercussions des tentatives de suicide ont une grande influence sur l'individu et sa famille.

III. *Intervention*

1. Rien ne permet de déceler les dépressions ou autres troubles affectifs pendant leur phase présymptomatique.

2. Les questionnaires disponibles ne permettent de déceler que des dépressions déjà existantes et même dans ce cas, ils ne sont pas assez précis pour permettre d'identifier avec exactitude ceux qui sont dépressifs parmi ceux qui ne formulent aucune plainte.

3. Lors d'un examen périodique, toute tentative d'identification de comportements suicidaires, à l'aide de questions directes ou de questionnaires normalisés, pourrait être perçue comme une provocation et l'identification serait purement aléatoire. Cependant, le dépistage des risques de suicide devrait toujours figurer dans la pratique clinique des médecins de famille et des psychiatres.

Bibliographie sélectionnée:

Anonyme, 1975; Anonyme, 1977; Barraclough, 1977; Eastwood, 1976; Goldberg, 1974; Miles, 1977.

36 *Tabagisme*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Le counseling: efficace plutôt que valable	Efficacité: II-1, II-2 Valeur: III	Anamnèse et counseling.	C

Recommandation

1. Peu de preuves justifient l'inclusion de cette affection à l'examen médical périodique et les recommandations peuvent porter sur d'autres aspects.

2. Une attention particulière doit être accordée aux personnes particulièrement exposées aux risques du tabagisme ou aux affections connexes. Il est bon de donner des conseils quand le tabagisme est dépisté lors d'une visite médicale.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention des affections reliées au tabagisme doit se faire aux stades primaire, secondaire ou tertiaire. Il a été clairement prouvé qu'éviter ou arrêter de fumer est l'une des mesures les plus efficaces. Quelques personnes peuvent éprouver des effets secondaires après avoir renoncé à fumer, mais les avantages qu'elles en retirent dépassent de beaucoup ces inconvénients.

2. En plus des avantages démontrés que l'abandon du tabagisme procure, il a été prouvé que de faibles niveaux d'exposition à la fumée de cigarette réduisent les risques d'affections. Une documentation sur la valeur des cigarettes avec ou sans filtre existe.

3. La valeur des mesures visant à prévenir ou à mettre fin à l'exposition à la fumée du tabac est moins encourageante. Avec des sujets pris individuellement, le succès à long terme des tentatives d'abandon du tabac est d'environ 5 p. 100; avec les petits groupes, ce succès varie de 20 à 30 p. 100. Les meilleurs résultats peuvent être attribués aux personnes les plus motivées (les cardiaques) qui ont reçu des conseils positifs dès le départ et pendant la période de postobservation. Il faut évaluer avec soin la validité du counseling que donnent les médecins, ainsi que les autres moyens d'information visant à réduire le nombre de ceux qui commencent à fumer et à augmenter le nombre de ceux qui arrêtent ou fument moins.

4. Les médecins devraient être conscients du rôle de premier plan qu'ils jouent dans la lutte que mène la société pour réduire ou éliminer l'usage du tabac. L'examen périodique de santé n'est qu'une des occasions permettant au médecin de jouer son rôle de modèle et d'éducateur. Les occasions particulièrement propices à cette éducation sont, par exemple: les examens médicaux à l'école; les examens prénatals; les visites médicales d'embauche (surtout si l'emploi comporte des risques pouvant se conjuguer à ceux du tabac); les divers examens subis pendant la vie adulte (surtout entre 30 et 35 ans, avant que les risques du tabagisme ne deviennent manifestes); les examens des personnes à risque élevé (les femmes utilisant des contraceptifs oraux, les diabétiques, les personnes faisant de l'hypertension ou ayant un niveau de cholestérol sanguin élevé); les examens des personnes dont l'affection peut être attribuée au tabagisme (affection broncho-pulmonaire obstructive chronique ou affection des artères coronaires, etc.).

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

1. Les effets de la cigarette sur les personnes sont les mêmes que ceux des affections reliées au tabagisme, par leurs manifestations cliniques et la réduction de longévité. Au Canada, l'espérance de vie d'un fumeur âgé de 32,5 ans est réduite d'environ 5 ans, et de 6 ans pour les gros fumeurs. Des renseignements provenant des États-Unis indiquent que la longévité d'un gros fumeur âgé de 25 ans est inférieure d'environ 8 ans à celle d'un non-fumeur.

2. Les personnes pour qui le fait de fumer représente un risque spécial sont les suivantes: les jeunes femmes, les étudiants d'université; les gagne-petit; les alcooliques. Les personnes particulièrement exposées aux risques d'affection reliée au tabac comportent les travailleurs de l'amiante, de la silice, de l'uranium, du charbon et de l'industrie céréalière; les femmes utilisant des contraceptifs oraux; les diabétiques; les hypertendus et ceux dont le niveau de cholestérol sanguin est trop élevé; les personnes qui ont une carence en antitrypsine alpha-1 et celles dont les antécédents familiaux comportent des affections des artères coronaires.

3. Les fumeurs devant faire l'objet d'efforts soutenus pour être convaincus de renoncer au tabac sont: les femmes enceintes et celles qui envisagent de l'être; les futurs pères de famille; les personnes très conscientes de la nécessité d'être en bonne forme physique et en bonne santé; les hommes jeunes et d'âge mûr; les hommes dont l'invalidité est attribuable au tabac; les fumeurs dont les expectorations montrent des modifications cellulaires attribuables à la fumée de cigarette ou des taux élevés de monoxyde de carbone et ceux qui viennent d'avoir une crise cardiaque.

B. Pour la société

1. Santé et Bien-être social Canada a évalué qu'en 1974, 7600 (16%) décès d'hommes âgés entre 1 et 70 ans étaient attribuables aux effets du tabac. Les années potentielles perdues pour ce groupe d'âge étaient évaluées à 91 000. (Chez les femmes, ces deux chiffres sont 1000 (4,5%) et 14 000).

2. Le tabagisme, associé à une détérioration progressive de la santé, entraîne une utilisation accrue des services sanitaires et particulièrement des services hospitaliers.

III. *Intervention*

1. L'anamnèse permettra d'obtenir des renseignements sur le tabagisme.

2. Enquêtes et conseils sur le tabagisme constituent une intervention sûre, simple, acceptable et peu coûteuse. Dans certains contextes, un simple questionnaire s'avère un outil pratique.

Bibliographie sélectionnée:

Committee, 1976; Raw,, 1976; Rose, 1975.

---

37 *Consommation d'alcool*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: pas encore effective. Traitement: effectif jusqu'à un certain point.	III	Anamnèse; counseling.	C

Recommandation

Bien peu de preuves viennent justifier l'inclusion de la consommation d'alcool parmi les affections faisant l'objet d'un examen régulier de santé, et les recommandations peuvent porter sur d'autres points.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Aucune preuve ne vient étayer le fait que d'aborder la consommation d'alcool d'un point de vue éducatif puisse modifier les habitudes du malade.

2. Des mesures de contrôle, comme l'imposition d'un âge minimal pour consommer de l'alcool, la disponibilité et le prix des boissons alcoolisées, pourraient réduire la consommation par habitant.

3. Le médecin doit pouvoir, par sa conduite, sa motivation personnelle et l'intérêt qu'il porte à ses malades, influencer l'attitude et le comportement de la collectivité en ce qui a trait à la consommation d'alcool.

4. L'amélioration du comportement des buveurs problèmes et des alcooliques est plus reliée aux caractéristiques inhérentes au client (situation d'emploi, stabilité, état civil et santé) qu'à la thérapie.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

1. En moyenne, les alcooliques ont une espérance de vie réduite de 14 ans.

2. Il est généralement reconnu que l'alcoolisme nécessite souvent l'hospitalisation, entraîne une baisse de la productivité, des souffrances tant physiques qu'affectives, et qu'il conduit à l'invalidité.

3. Les autres membres de la famille de l'alcoolique sont plus exposés aux risques d'alcoolisme, à d'autres troubles psychologiques et affectifs, à des carences physiques et affectives ou à des blessures.

B. Pour la société

1. Le nombre de décès constatés est deux fois plus grand au moins que celui des décès hypothétiques.

2. Une forte proportion des accidents de la route est reliée à la consommation d'alcool.

III. *Intervention*

Elle se fait en deux étapes: relever les antécédents et habitudes des malades âgés de plus de 15 ans pour, ensuite, les informer des complications déjà survenues ou pouvant survenir et à la nécessité de se débarrasser de cette toxicomanie.

Bibliographie sélectionnée:

Baekeland, 1975; Edwards, 1977; Ouellette, 1977; Pell, 1973; Schmidt, 1975/76.

38 *Strabisme*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
La prévention secondaire de l'amblyopie est effective.	II-1	Simple examen; examen d'obturation en alternance (cover-uncover test).	B

Recommandation

1. Des preuves plus ou moins adéquates justifient la recommandation d'inclure cette affection à l'examen médical périodique.

2. Il n'a pas encore été établi si, à des fins de dépistage, l'examen doit faire partie de l'examen médical du nourisson ou de l'examen d'entrée à l'école.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention primaire est impossible pendant l'examen médical périodique.

2. La prévention secondaire implique la prévention de l'amblyopie. Des preuves confirment la valeur du «blocage» de l'oeil sain, de la réfraction et de la modification chirurgicale des muscles de l'orbitre.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. À 7 ans, le strabisme est latent ou manifeste chez 6 p. 100 des enfants.

2. Le fardeau de souffrances n'est pas très grave mais si, pour une raison quelconque, l'oeil sain subit une perte visuelle, la cécité s'ensuit; de là l'importance de la prévention de l'amblyopie.

III. *Intervention*

1. L'intervention la plus facile est un simple examen des yeux.

2. D'autres examens comprennent:
a) un examen des réflexions asymétriques des cornées lorsqu'une lumière est placée en face des yeux; et
b) l'examen d'obturation en alternance (cover-uncover test).

3. La fréquence des examens et le moment où ils devraient se faire n'ont pas été déterminés avec précision. Les renseignements disponibles ne sont pas assez probants pour savoir si le dépistage précoce (avant l'entrée à l'école) influe sur les résultats.

Bibliographie sélectionnée:

Oliver, 1971; Tibbenham, 1978.

39 *Vices de réfraction*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: impossible. Traitement: effectif.	III	Mesure de l'acuité visuelle.	C

Recommandation

1. Aucune preuve ne démontre que la mesure de l'acuité visuelle chez les personnes présymptomatiques soit carrément bénéfique. Jusqu'à ce que de meilleures preuves existent, le dépistage actuel fait auprès des enfants et adolescents doit se poursuivre mais la mesure de l'acuité visuelle des adultes devrait être facultative.

2. L'identification expérimentale de la valeur (ou de la nullité) du dépistage présymptomatique des vices de réfraction mérite une forte priorité de recherche.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention primaire n'est pas encore possible.

2. L'efficacité des verres correcteurs pour améliorer l'acuité visuelle est établie par définition et confirmée par le fait même d'en prescrire le port.

3. Il n'est pas prouvé que le dépistage et le traitement présymptomatiques des vices de réfraction donnent des résultats supérieurs ou entraînent des modifications favorables de l'histoire naturelle du trouble sous-jacent. En fait, des études détaillées de sous-groupes, effectuées auprès d'enfants britanniques, laissent croire que les enfants souffrant de myopie progressive pratiquent autant d'activités sportives à l'extérieur que ceux dotés d'une acuité visuelle normale et qu'ils obtiennent des résultats moyens plus élevés pour les épreuves de lecture, de mathématiques et d'autres matières. Parmi ces enfants, les gains intellectuels précèdent le début des troubles visuels. Compte tenu des preuves attestant la forte concentration au sein des familles, on a été porté à croire qu'il y a un lien génétique entre l'acuité visuelle et l'intelligence.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Le taux de morbidité est variable, mais généralement faible. Il dépend du degré de gravité des troubles visuels et de l'acceptation (par le patient, la famille et les pairs) du besoin de porter des verres correcteurs. Ce dernier problème peut être évité avec des lentilles cornéennes.

2. Dans une étude menée au Royaume-Uni (qui portait sur tous les enfants nés dans une même semaine de mars 1958), 3,6 p. 100 des enfants examinés souffraient de myopie progressive à l'âge de 11 ans. Dans une étude dirigée par l'OMS, avec une collaboration internationale sur l'utilisation des soins médicaux, des entrevues menées en Colombie-Britannique, en Alberta et en Saskatchewan ont révélé que 10 à 15 p. 100 des enfants de moins de 15 ans et 55 à 60 p. 100 des adultes âgés de plus

de 15 ans portaient des verres correcteurs ou des lentilles cornéennes. Parmi toutes les personnes âgées de plus de 15 ans comprises dans cette étude, 40 p. 100 se considéraient comme myopes et 20 p. 100 hypermétropes ou presbytes. Les vices de réfraction sont donc omniprésents.

III. *Intervention*

La mesure de l'acuité visuelle à l'aide d'échelles optométriques simples est bien conçue, d'accès facile, assez précise et exacte. La question n'est pas de savoir si cette mesure peut se faire dans le cadre de la prévention primaire, mais bien de déterminer si son application à des patients asymptomatiques mérite l'effort qu'elle suppose.

Bibliographie sélectionnée:
Kohn, 1976; Peckham, 1977.

---

40 *Troubles auditifs*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: non valable. Traitement: la thérapie correctrice offre certains avantages.	II-2	Anamnèse et examen clinique.	B

Recommandation

1. Des preuves plus ou moins adéquates justifient la recommandation d'inclure cette affection dans l'examen médical périodique.

2. Malgré l'absence de preuves pertinentes sur la valeur du dépistage précoce et de ses méthodes dont le médecin traitant dispose, il est prudent d'identifier pendant l'examen médical périodique les personnes nécessitant un examen plus approfondi. Ces personnes sont les suivantes: a) les enfants dont les parents supposent l'existence de troubles, ou qui ne possèdent pas de réflexes audio-oculogyriques en direction d'une nouvelle source sonore située hors du champ visuel, ou manifestent une diminution ou une absence de «babillage»; b) les enfants chez qui le développement de l'élocution est tardif ou fautif; et c) les adultes qui entendent mal ou qui ne réagissent pas au registre normal de la voix parlée.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention primaire s'avère rarement pratique. Les facteurs causals comprennent le bagage génétique, les affections de la mère (la rubéole par exemple), les troubles périnataux (les méningites et l'otite moyenne par exemple), les affections otiques et l'exposition à certains agents du milieu (les bruits forts et la streptomycine). Le traitement de la rubéole chez la mère et de l'incompatibilité foeto-maternelle revêt malgré tout beaucoup d'importance en tant que mesure de prévention primaire.

2. La prévention secondaire par l'entremise du dépistage précoce est logique et possible, mais reste aléatoire. Aucune preuve pertinente (catégorie 1) n'existe à l'effet que le dépistage précoce des troubles auditifs aide à améliorer l'audition, l'élocution, la capacité d'apprentissage ou le fonctionnement affectif ou social.

3. Une preuve de la catégorie II-1 indique que des programmes de soins spéciaux aident les enfants souffrant de troubles auditifs, du moins en ce qui concerne l'élocution. Les troubles auditifs devraient donc être inclus dans l'examen médical périodique.

4. Les enfants souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance et ceux ayant absorbé des drogues ototoxiques devraient être considérés comme étant particulièrement exposés aux risques de troubles auditifs.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Il semble que 3 p. 100 des écoliers souffrent de troubles auditifs assez graves pour nécessiter des soins particuliers et que 0,1 p. 100 des enfants soient atteints de surdité complète.

2. Le fardeau de souffrances peut être lourd pour les malades et leur famille.

III. *Intervention*

1. Puisque les appareils utilisés dans les pouponnières, les écoles élémentaires et les industries pour dépister les troubles auditifs ne sont pas présents dans les bureaux de ceux qui effectuent les examens médicaux périodiques, il n'est pas nécessaire d'en décrire le fonctionnement.

2. Il suffit de signaler que les mesures adéquates de dépistage de masse varient selon l'endroit et la population à examiner et qu'il existe des appareils audiométriques élaborés.

Bibliographie sélectionnée:
Shah, 1977; Tillis, 1978.

41 *Glaucome à angle ouvert*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Le traitement précoce prévient la perte d'acuité visuelle symptomatique.	III	Examen du fond de l'oeil, évaluation du champ visuel et mesure de la tension intra-oculaire.	C

Recommandation

1. Peu de preuves scientifiques justifient l'inclusion de cette affection à l'examen médical périodique et les recommandations peuvent porter sur d'autres aspects.

2. Bien que les spécialistes s'entendent pour dire que cette affection peut être efficacement traitée, peu de preuves scientifiques le prouvent. La validité du traitement est moins certaine, puisqu'il faut recourir à la thérapie plusieurs fois par jour et pendant toute la vie.

3. Une bonne méthode de dépistage n'a pas encore été trouvée. En ce moment, la meilleure méthode de dépistage général, quant à la simplicitié, à la rapidité, à la sensibilité et à la spécificité est l'examen du fond de l'oeil (papille optique). Mais la plus grande partie du personnel médical n'a pas reçu la formation voulue pour effectuer ce genre d'examen; cette carence devrait être comblée.

4. La recherche de méthodes de dépistage et d'identification du glaucome à angle ouvert devrait figurer en tête de liste des priorités. Plus précisément, il faudrait obtenir des renseignements sur les sujets suivants: a) l'épidémiologie et les antécédents naturels des divers types de glaucome; b) la validité du traitement et l'ampleur des problèmes associés au refus des malades de se soumettre à une thérapie à long terme; c) la capacité des divers groupes de personnel médical de faire des examens du fond de l'oeil assez sensibles et spécifiques pour identifier les malades qui nécessitent des soins et d) les moments les plus propices pour effectuer un dépistage général auprès des différents groupes d'âge et des personnes qui souffrent ou non d'hypertension oculaire.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention primaire est impossible. En pratique, tout le monde s'entend à dire que chez la plupart des malades ayant des lésions oculaires précoces, secondaires à un glaucome à angle ouvert, la progression de l'affection peut être contrée avec un traitement efficace. Le traitement existe pourtant depuis de nombreuses années et aucun rapport d'essais aléatoires ou sélectifs n'existe. La validité du traitement demeure, elle aussi, inconnue: le glaucome à angle ouvert étant une affection chronique, les malades doivent se soumettre à un traitement pendant le reste de leur vie pour éviter l'apparition de lésions supplémentaires.

2. La thérapie s'impose également lorsque les lésions oculaires sont causées par la tension (excavation et diminution du champ visuel). Seule la tension intra-oculaire élevée ne justifie pas un traitement pendant toute la vie, parce que les lésions oculaires ne se produisent pas toujours chez les malades souffrant d'hypertension.

3. Le traitement existant du glaucome à angle ouvert est généralement considéré comme excellent. Il arrive qu'il soit inefficace. Il ne guérit pas les lésions, mais évite la perte subséquente d'acuité visuelle.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Il est difficile d'évaluer le fardeau de souffrances causées par le glaucome à angle ouvert, car il est difficile de distinguer entre les cas de cécité provoqués par ce type de glaucome et ceux provoqués par le glaucome secondaire. Au Canada, de 1964 à 1977, le plus grand nombre par année de cas de cécité totale rapportés était de 2231, dont 9,4 p. 100 découlaient du glaucome primaire ou secondaire (bien qu'incomplets, ces chiffres proviennent de l'Institut national canadien pour les aveugles, où les aveugles ne s'inscrivent pas tous). En 1977, 2506 nouveaux cas furent déclarés dont 8,1 p. 100 dus au glaucome (primaire et secondaire). La répartition par groupes d'âge était la suivante: le glaucome affecte principalement les personnes de plus de 50 ans; il y avait 2 cas chez les moins de 20 ans; 3 chez ceux de 20-24 ans; 0 chez ceux de 30-39 ans; 36 chez ceux de 50-64 ans; 85 chez ceux de 65-80; et 75 chez ceux de plus de 81 ans. Aux États-Unis, 1 cas de cécité sur 7 est dû au glaucome; 6600 nouveaux cas de cécité sont rapportés chaque année.

2. La fréquence du glaucome à angle ouvert nécessitant traitement du fait de la diminution du champ visuel est de 0,5 p. 100 pour les personnes de 40 ans et s'élève à 7 p. 100 pour celles de 80 ans.

3. Parmi les personnes subissant une diminution du champ visuel due au glaucome à angle ouvert, toutes n'éprouvent pas de handicap visuel au début de cette affection. Une méthode de dépistage de ces personnes s'impose donc.

III. *Intervention*

1. Les trois méthodes de dépistage les plus répandues sont la mesure de la tension intra-oculaire, l'examen du fond de l'oeil et la mesure du champ visuel.

2. La valeur de la tonométrie, en tant que mesure isolée pour le dépistage, est de plus en plus contestée. Même si on considère à risque élevé les personnes chez qui une augmentation de la tension intra-oculaire est dépistée, les lésions oculaires associées ne sont pas toujours présentes et, par conséquent, aucun traitement préventif ne s'impose. Par contre, jusqu'à 35 p. 100 des personnes atteintes de lésions oculaires provoquées par la tension ont une pression intra-oculaire normale lorsqu'on ne fait qu'une seule lecture aléatoire.

3. Le dépistage par la mesure du champ visuel s'est avéré à la fois sensible et spécifique (l'analyseur de champ visuel de Freidman s'est avéré sensible à 85% et spécifique à 95%), mais ce moyen de dépistage est relativement lent ou trop coûteux en équipement.

4. L'ophtalmoscopie effectuée par un spécialiste du glaucome est à la fois sensible et spécifique (entre 80 et 95%), facile et rapide à effectuer, puisqu'elle prend moins d'une minute. Toutefois, parmi le personnel médical qui n'est pas ophtalmologiste très peu ont reçu une formation pour le dépistage du glaucome à angle ouvert.

Bibliographie sélectionnée:

Anderson, 1977; Graham, 1972; Kitazawa, 1977; Phelps, 1977; Pollack, 1968; Shaffer, 1977; Wilensky, 1975; Williams, 1972.

---

42 *Hyperlipidémie*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Imprécise.	III	Antécédents familiaux chez les jeunes hommes; dosage sérique du cholestérol et triglycérides.	C

Recommandation

Il n'existe pas encore de preuve évidente justifiant la recherche de l'hyperlipidémie lors de l'examen médical périodique. Le Groupe d'étude recommande de ne pas y inclure cette affection jusqu'à ce que soient connus les résultats des deux essais cliniques en cours.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Il y a eu plusieurs essais aléatoires contrôlés et des mesures de prévention secondaire et tertiaire au moyen de la diétothérapie ou de la chimiothérapie. Les résultats se mesurent d'après la mortalité cardiaque. Pour la plupart des tests, on a noté une légère diminution de la mortalité chez les groupes traités, mais cette diminution n'est toutefois pas significative du point de vue statistique. Dans toutes les études, des erreurs de conception furent relevées (trop peu de sujets, dont un bon nombre ne souffraient pas d'hypercholestérolémie).

2. Deux études sont actuellement en cours et devraient fournir des réponses plus précises sur la valeur de la prévention.

3. Comme les renseignements sur la valeur du traitement de l'hyperlipidémie, chez les sujets présymptomatiques ou symptomatiques, laissent à désirer, l'affection ne constitue pas un objectif tant que les résultats des recherches en cours n'auront pas été obtenus.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. L'hyperlipidémie polygénique de type II, cause de 90 p. 100 des cas d'hyperlipidémie de type II, est un facteur de risque important du développement des maladies cardio-vasculaires.

2. L'hyperlipidémie monogénique de type II est la maladie génétique la plus courante dont les signes cliniques se manifestent dans la population nord-américaine (fréquence 1/200). Le gène est dominant. La mortalité chez les hétérozygotes souffrant d'une hyperlipidémie monogénique de type II augmente: 50 p. 100 des hommes atteints font un infarctus du myocarde avant 50 ans et la moitié d'entre eux en meurent avant cet âge. On estime que ce trouble génétique est responsable de 5 à 10 p. 100 des infarctus du myocarde prématurés.

III. *Intervention*

1. Les tests de laboratoire les plus utilisés pour le dépistage général et à intention curative comportent la détermination du cholestérol sérique à jeun ou des concentrations de triglycérides. Dans les études portant sur l'ensemble de la population, les valeurs du cholestérol sérique correspondent bien aux risques de maladies cardio-vasculaires subséquentes. Des études plus récentes laissent cependant entrevoir que la valeur du cholestérol LDL pourrait être un indicateur plus sûr de l'hyperlipidémie.

2. La mesure clinique du dépistage porte sur les antécédents familiaux des jeunes mâles, dans le cabinet du médecin. Cette intervention vise à déceler ceux qui risquent le plus de subir une hyperlipidémie monogénique de type II. Cette enquête serait, selon les résultats des épreuves biochimiques, suivie par la confirmation du diagnostic ou l'exclusion de l'affection.

Bibliographie sélectionnée:

Davis, 1977; Mann, 1977; Stone, 1977; Stone, 1974.

43 *Hypertension*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: aucune. Traitement: effectif.	I	Mesure de la tension artérielle, examen et traitement au besoin.	A

Recommandation

1. Des preuves pertinentes justifient la recommandation d'inclure cette affection à l'examen médical périodique.

2. Des mesures adéquates pourraient réduire le nombre de décès associés à l'hypertension.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention primaire peut être efficace (preuve de la catégorie II-1): la réduction de la consommation de sodium à un niveau inférieur à la normale mais supérieur au minimum quotidien nécessaire et la prévention de l'obésité semblent réduire les risques d'hypertension.

2. La prévention secondaire est efficace: la réduction de l'hypertension diminue les risques d'un premier accident cérébrovasculaire (peut-être pas des autres), d'insuffisance cardiaque, de cardiomégalie révélée par le tracé électrocardiographique et par radiographie et de lésions des principaux vaisseaux sanguins et des artères rétiniennes et rénales (preuve de la catégorie I).

3. La mesure de la tension artérielle lors d'un examen médical périodique peut donc, en dernier ressort, éviter l'invalidité et le décès prématuré.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Environ 3 p. 100 des adultes canadiens sont menacés de complications cardio-vasculaires et de l'hypertension et une faible proportion d'entre eux reçoit un traitement adéquat.

2. Le fardeau de souffrances est considérable en raison du taux d'invalidité et de décès prématurés. On insiste sur la nécessité d'intervenir une fois que le diagnostic d'hypertension a été posé.

III. *Intervention*

1. Les groupes canadiens d'étude sur l'hypertension ont recommandé que des efforts soient déployés pour intégrer le dépistage de cette affection aux soins de première ligne. La mesure de la tension artérielle devrait être effectuée lors de chaque examen médical périodique, en fait lors de tous les examens effectués chez les adultes par les équipes de soins de première ligne.

2. Une autre recommandation veut que tous les adultes soient examinés et traités lorsque la cinquième phase de la tension diastolique égale ou excède 105 mmHg, ou 90 mmHg lors de la lésion des artères rétiniennes, cérébrales, coronaires, rénales ou des vaisseaux périphériques.

3. Le fait d'apposer l'étiquette d'hypertendu à une personne réduit ses fonctions psycho-sociales et augmente son taux d'absentéisme au travail, du moins à court terme. Il faudrait donc éviter d'apposer une telle étiquette avant d'avoir prévu un traitement et une postobservation prolongée.

4. La méthode la plus efficace pour l'obtention de relevés périodiques de la tension artérielle, dans le cadre de soins de première ligne, consiste, pour le médecin, à prendre l'habitude d'enregistrer la tension artérielle de chaque adulte qui visite son cabinet. Le dépistage de l'hypertension ne dépendrait pas ainsi des examens périodiques de santé.

Bibliographie sélectionnée:

Un rapport, 1977; Feigenson, 1977.

44 *Thalassémie*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Inconnue.	III	Anamnèse, dépistage de masse en laboratoire; counseling.	C Pour la population en général; B pour les Asiatiques, les Africains et les Méditerranéens d'âge parental.

Recommandation

1. Peu de preuves justifient l'inclusion de cette affection à l'examen périodique médical, mais une recommandation peut être faite pour d'autres motifs.

2. Peu de preuves attestent de la possibilité de dépister des individus hétérozygotes pour les conseiller afin d'éviter la thalassémie homozygote chez leurs enfants. Cependant, comme la thalassémie homozygote entraîne de graves complications et que le dépistage de masse ou de cas ne présente aucun danger, il est recommandé d'encourager les personnes d'origine asiatique, africaine et méditerranéenne en âge de procréer de se soumettre aux interventions de dépistage énoncées.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Seulement des preuves de la catégorie III existent à l'effet que le dépistage et les conseils aux malades atteints de thalassémie hétérozygote puissent éviter la thalassémie homozygote chez leurs enfants.

2. Quant à la prévention tertiaire, la preuve à l'effet que la transfusion sanguine constitue un traitement efficace

de soutien contre la thalassémie homozygote est de la catégorie II. Cependant, ce traitement n'augmente pas l'espérance de vie. L'utilisation des chélateurs du fer est plus controversée. Une troisième solution des cas graves de thalassémie est l'avortement thérapeutique lorsque la femme concernée y consent.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

En Amérique du Nord, la fréquence de la thalassémie s'évalue à 10 p. 100. Environ 95 p. 100 des cas sont des hétérozygotes asymptomatiques. La plupart des personnes atteintes de cette affection en meurent entre 10 et 30 ans. Un traitement par transfusion sanguine et par chélation (le coût variant de $3000 à $5000 par an) réduit la morbidité, mais pas nécessairement la mortalité.

III. *Intervention*

1. Les antécédents familiaux et génétiques des malades d'origine méditéranéenne, africaine ou asiatique pouvant procréer devraient être recueillis.

2. Le dépistage général en laboratoire consiste à:
a) déterminer les taux d'hémoglobine et d'hématocrite, et le nombre de globules rouges avec le compteur électronique de Coulter, modèle S (coût du test: $5);
b) examiner des frottis sanguins;
c) si le volume globulaire moyen (VGM) est inférieur à 79 u^3 et l'hémoglobine globulaire moyenne (HbGM) inférieure à 27uug, électrophorèse de l'hémoglobine et évaluation des niveaux d'hémoglobine A_2 et F (coût: $17.50). Si la quantité de A_2 est inférieure à la normale, il faut alors mesurer la capacité de saturation et la capacité totale de fixation du fer (pouvoir sidéropexique) (coût: $10). Si cette mesure donne des valeurs normales, la famille peut être examinée afin de dépister la thalassémie hétérozygote.

3. Les méthodes de dépistage général citées plus haut sont sûres et simples et les malades les acceptent volontiers. Leur sensibilité, leur spécificité et leur valeur de prédication sont assez grandes. Il n'est pas nécessaire de les répéter.

4. Un diagnostic prénatal de la thalassémie homozygote est possible, mais présente des dangers d'ordre technique, comme la mort du foetus.

5. L'étiquetage ajoute aux dangers, puisque pour l'instant aucune aide ne peut être apportée aux personnes affectées. Cependant, avant de soumettre les Asiatiques, les Africains et les Méditerranéens à un programme de dépistage, on devrait les renseigner correctement et obtenir leur consentement à participer au programme.

Bibliographie sélectionnée:

Alter, 1976; Necheles, 1974; Pearson, 1973; Propper, 1977.

---

45 *Anémie ferriprive*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: possible. Traitement: augmenter la concentration d'hémoglobine, mais sa valeur n'est pas certaine.	III	Détermination de la concentration sanguine d'hémoglobine.	C

Recommandation

1. Peu de preuves justifient l'inclusion spécifique de l'anémie ferriprive dans l'examen médical périodique.

2. Compte tenu de l'absence de preuves de la catégorie I quant à la valeur thérapeutique, la recherche de la carence en fer ne peut pas, d'une façon générale, être fermement recommandée. Il semble justifié cependant, d'accorder une attention spéciale à la possibilité d'une carence en fer pour certains groupes: bébés prématurés, bébés nés de naissances multiples, mères souffrant de carence en fer et membres de groupes sociaux économiquement faibles.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Il est impossible de se prononcer catégoriquement sur les mesures de prévention primaire, car celles-ci devraient être dirigées vers la cause sous-jacente (par ex. le cancer, l'ulcère gastroduodénal et la ménorragie). Toutefois, en ce qui concerne les soins pédiatriques, la prévention primaire peut s'appliquer en évitant l'allaitement prolongé au biberon et une alimentation prolongée au lait entier de vache.

2. Pour ce qui est de la prévention secondaire, la valeur du traitement (et donc de la découverte) de l'anémie ferriprive asymptomatique (lorsqu'elle n'est pas causée par une hémorragie ou une hémolyse) est controversée. Quatre avantages sont possibles, mais non prouvés, dans l'absorption de fer par voie orale. Ils se rapportent: aux symptômes (preuves de la catégorie I attestant qu'il n'existe aucun avantage pour les femmes dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 10,5 g/dL; aux fonctions psychomotrice et cardio-vasculaire (preuves de la catégorie I attestant qu'il n'existe aucun avantage pour les femmes dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 10,5 g/dL et preuves de la catégorie II attestant qu'il y a des avantages pour la fonction cardio-vasculaire, mais non pour la fonction psychomotrice chez les Vénézuéliennes souffrant d'une anémie plus grave de 4 à 12 g/dL; au rendement scolaire (preuves contestées de la catégorie II-2 pour les adolescents); et à la résistance à l'infection (preuves contradictoires de recherches sur les animaux).

II. *Fardeau actuel de souffrances:*

Comme l'anémie ferriprive est, comme l'hypertension, un signe plutôt qu'une maladie, l'invalidité et la mort subite secondaires à l'anémie ferriprive proviennent en grande partie de causes sous-jacentes, comme le cancer et l'ulcère gastro-duodénal.

III. *Intervention*

Le procédé de base est la détermination de la concentration d'hémoglobine. Il s'agit d'un moyen simple et peu coûteux. Cette détermination présente toutefois un inconvénient: sa valeur peut se modifier assez tardivement au cours de l'évolution d'une anémie ferriprive. La détermination de la concentration de ferritine sérique se révèle un test plus sensible. Comme il manque des preuves de la catégorie I sur la valeur thérapeutique, aucun test ne peut donc être fermement recommandé.

Bibliographie sélectionnée:

Elwood, 1970; Gardner, 1975; Webb, 1974.

---

46 *Bronchite chronique*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: l'abstention de tabac est associée à l'absence ou à une faible incidence d'obstruction des voies respiratoires et à un taux de mortalité inférieur attribuable aux troubles respiratoires. Traitement: cesser de fumer est effectif.	II-1	Encourager à ne pas fumer; counseling.	D

Recommandation

Aucune preuve pertinente ne permet de croire que la bronchite chronique peut se dépister pendant la période présymptomatique et qu'il faille l'inclure dans l'examen médical périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Cesser de fumer est la seule mesure efficace, à la fois comme prévention et comme traitement. Les observations suivantes en sont la preuve:

a) dans une population choisie, les non-fumeurs présentaient une très faible incidence de mortalité attribuable à des troubles respiratoires;

b) dans une population de 1000 travailleurs, objet d'une étude de prévision, aucun homme n'ayant jamais fumé n'avait d'obstruction importante des voies respiratoires;

c) cesser de fumer est une thérapie de choix pour les patients souffrant d'une bronchite chronique précoce.

2. Une enquête sur les antécédents personnels reliés à l'usage du tabac rencontre les critères d'un test de dépistage pour bronchite chronique, et certains questionnaires récents se sont révélés très valables (par ex. Lando), bien qu'ils manquent de spécificité. Si une campagne visant à persuader la population de s'abstenir de fumer était efficace, il serait éventuellement rentable de dépister les fumeurs pendant l'examen médical périodique, mais actuellement, une trop grande proportion de la population fume pour que cette mesure soit rentable.

3. Le personnel de santé doit éduquer l'ensemble de la population sur la nécessité de s'abstenir de fumer. Aucune thérapie particulière n'a été prouvée supérieure aux conseils pratiques des médecins, qui peuvent amener jusqu'à 20 p. 100 des fumeurs à s'abstenir de fumer pendant une période pouvant aller jusqu'à 18 mois.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Au Canada, 2402 décès chez les hommes et 672 chez les femmes ont été, en 1974, attribués à la bronchite chronique, à l'emphysème et à l'asthme. En moyenne, chaque homme a perdu 11,9 années de vie et chaque femme en a perdu 17, 9.

2. La même année, la bronchite chronique représentait 2,49 p. 100 des décès chez les hommes et 0,96 p. 100 chez les femmes. Elle représentait 0,76 p. 100 des journées d'hospitalisation pour les hommes et 0,2 p. 100 pour les femmes.

3. Les conséquences de cette maladie sont plus apparentes à partir de 50 ans. La bronchite chronique est cause d'un taux assez important de morbidité et de perte fonctionnelle. Ses effets s'accroissent graduellement avec l'âge.

III. *Intervention*

1. La mesure de dépistage recommandée est d'essayer de connaître les antécédents sur l'usage de la cigarette et la seule intervention bénéfique connue est d'arrêter de fumer.

2. Une stratégie moins acceptable serait de concentrer les efforts sur ceux dont le volume expiratoire, forcé pendant une seconde, diminue de plus de 600 mL par décennie.

Bibliographie sélectionnée:

Burrows, 1969; Doll, 1964; Fletcher, 1975; Macklem, 1974; Raw, 1976.

47 *Carence en alpha-1-antitrypsine*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention et traitement: indéterminés.	II-I	Encourager à ne pas fumer.	D

Recommandation

Aucune preuve pertinente ne justifie la recommandation d'inclure l'affection à l'examen médical périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Aucune étude de prévision ne permet de décider de la valeur du dépistage de la carence en alpha-1-antitrypsine dans la population.

2. La carence d'alpha-1-antitrypsine (A_1AT)chez les homozygotes est trop rare pour justifier les analyses pour fins de dépistage, et ses manifestations chez ces homozygotes ne sont pas assez importantes pour inclure le dépistage de cette affection à l'examen médical périodique.

3. Le rapport existant entre les variantes de la A_1AT chez les non-homozygotes et la broncho-pneumonie obstructive chronique n'est pas assez clairement établi pour en justifier le dépistage.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

La carence de A_1AT est rare; l'incidence du phénotype ZZ dans l'ensemble de la population est d'environ 1/2000.

III. *Intervention*

Étant donné ce qui précède, aucune mesure existante ne permet le dépistage ou l'intervention.

Bibliographie sélectionnée:

Kueppers, 1974; Lieberman, 1976; Morse, 1975.

48 *Cancer du sein*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
L'examen physique et la mammographie permettant de déceler cette affection au début ont abaissé le taux de mortalité chez les femmes âgées de 50 à 59 ans.	I	Pour les femmes âgées de 50 à 59 ans mammographie et examen annuel des seins.	A

Recommandation

1. Des preuves pertinentes justifient fortement l'inclusion d'un programme de dépistage du cancer du sein à partir d'examens cliniques annuels et de mammographie, pour toutes les femmes canadiennes âgées de 50 à 59 ans. Des preuves pertinentes montrent que ces mesures sont reliées à une diminution de la mortalité causée par le cancer du sein chez les femmes de ce groupe d'âge en particulier et pour d'autres, et abaissent la mortalité chez les femmes plus âgées. Toutefois, chez les femmes de moins de 50 ans, rien ne prouve que ces mesures réduisent la mortalité. L'introduction d'un programme de dépistage permettant une évaluation officielle des résultats doit être planifiée.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Le groupe d'experts recommande d'effectuer des recherches plus poussées sur les tests aléatoires contrôlés permettant de déterminer:

a) les avantages respectifs de la mammographie et de l'examen clinique,
b) la fréquence optimale de ces interventions,
c) les avantages que ces techniques ont pour les autres femmes n'ayant pas franchi le cap des 60 ans et surtout celles qui sont dans la cinquantaine,
d) les risques sanitaires associés à l'exposition aux rayonnements émis par les appareils actuels,
e) la conformité d'une population non choisie,
f) l'avantage précis que l'auto-examen des seins présente,
g) les avantages que le recours aux services de professionnels de la santé associés offre pour ces programmes de dépistage.

2. Si l'aide accordée aux essais contrôlés doit cesser, un autre groupe d'experts devrait se pencher à nouveau sur cette question de la mammographie. Sinon, la décision prise pourrait s'appuyer sur des preuves inadéquates.

3. Les efforts permettant d'introduire l'examen physique des seins doivent être reliés aux programmes d'éducation permanente à l'intention des médecins administrant les soins de première ligne, les médecins de famille en particulier. Ces programmes traiteraient des techniques d'examen des seins comme moyen pour dépister le cancer du sein et de l'importance de cet examen pour toutes les femmes du groupe d'âge indiqué. Même si tous les omnipraticiens étaient prêts à offrir de tels services, il pourrait être souhaitable que, dans un groupe de médecins, un seul fasse la plupart des examens, améliorant ainsi son savoir-faire.

4. Il faut encourager de meilleures formalités en ce qui concerne la surveillance qu'un médecin doit exercer et les malades qu'il doit adresser.

5. Dans la mesure du possible, les avantages découlant de l'utilisation du personnel de santé associé devraient être étudiés.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

Le cancer du sein touche environ 1 femme sur 15, mais cette fréquence peut augmenter si à la fois le niveau de vie et l'âge moyen auquel les femmes ont leur premier enfant continuent d'augmenter. Des preuves indiquent que ces deux facteurs sont reliés de façon positive à la fréquence du cancer du sein. Le cancer du sein est l'affection maligne la plus répandue chez les femmes de tout âge et constitue la plus fréquente cause de décès chez celles qui ont entre 40 et 49 ans. Le traitement ne paraît pas s'améliorer de façon marquée depuis le début du siècle, sauf qu'il est maintenant possible de déceler les tumeurs plus tôt.

III. *Intervention*

1. Six interventions sont connues:
a) la mammographie,
b) l'examen clinique,
c) l'auto-examen,
d) la thermographie,
e) l'échographie,
f) les épreuves de sérodiagnostic.

2. Les épreuves thermographiques et sérodiagnostiques ne sont pas assez sensibles ou assez spécifiques pour pouvoir servir d'outils de dépistage. Quant à l'échographie, sa sensibilité est faible. Peu d'études ont été entreposées sur la valeur de l'auto-examen des seins, mais on sait cependant que le refus de s'y conformer pose un problème majeur. L'examen clinique et la mammographie sont jugés efficaces. Par le passé, on s'inquiétait de la nocivité des rayonnements à la suite d'examens répétés; mais avec l'amélioration des techniques radiologiques, la dose des rayonnements émis a été diminuée et le danger s'en est trouvé réduit d'autant.

Bibliographie sélectionnée:

Baum, 1978; McMahon, 1973; Moskowitz, 1975; Shapiro, 1971.

---

49 *Cancer du col de l'utérus*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention et traitement: efficaces.	II-1	Frottis Papanicolaou.	B

Recommandation

1. Des preuves plus ou moins adéquates justifient l'opinion voulant que le prélèvement de frottis cervicaux puisse réduire la fréquence du cancer du col utérin et de la mortalité qui lui est associée, et que l'examen médical périodique soit l'occasion d'effectuer des prélèvements.

2. L'âge et la fréquence optimaux auxquels ces frottis doivent être prélevés ne sont pas connus, mais comme la fréquence de ce cancer est liée de façon positive au début de l'activité sexuelle et à la multiplicité des partenaires sexuels, ces frottis devraient être prélevés au moins une fois par année pour les femmes de ces groupes à risque élevé. Pour les autres, un frottis initial devrait être prélevé peu de temps après le début de leur activité sexuelle, un autre un an plus tard, puis tous les 3 ans pendant 15 ans après leurs premières relations sexuelles, puis à tous les 5 ans jusqu'à 60 ans.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

Plus la maladie est décelée tôt, moins elle nécessite de traitement radical. Les lésions décelées assez tôt peuvent être traitées avec succès par cryochirurgie et cautérisation, alors qu'autrefois il fallait effectuer une conisation du col utérin ou même une hystérectomie. Les lésions plus avancées nécessitent une irradiation et la probabilité de succès est moins certaine.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

Parmi les affections malignes de la femme, le cancer du col de l'utérus est l'une des 10 causes de décès les plus fréquentes au Canada. La fréquence du cancer invasif du col de l'utérus semble diminuer, sans doute à cause d'un dépistage plus intensif et d'une meilleure hygiène. Il se peut qu'il y ait, au cours des prochaines années, une augmentation du taux de cette maladie en raison de l'augmentation de la promiscuité sexuelle et d'une diminution de l'emploi des méthodes de contraception agissant comme barrière.

III. *Intervention*

La méthode de dépistage précoce usuelle est le frottis de Papanicolaou. Quand une personne expérimentée prélève le frottis et qu'un laboratoire surveille le contrôle de la qualité, le taux des résultats faussement négatifs ne devrait pas dépasser 10 p. 100. Si le frottis semble anormal, des recherches plus poussées peuvent s'effectuer au moyen d'une culposcopie et d'une biopsie.

Bibliographie sélectionnée:

The Walton, 1976.

50 *Cancer du côlon et du rectum*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: passable, certaines preuves attestent de la valeur de la prévention secondaire suite au dépistage par sigmoïdosiopie. Traitement: passable avec la chirurgie au cours de la phase présymptomatique I et II-2.	Recherche de sang occulte dans les selles.	B	

Recommandation

1. Des preuves plus ou moins adéquates justifient l'inclusion de cette affection dans l'examen médical périodique.

2. La recherche de sang occulte dans les selles est recommandée; ce test doit avoir lieu chez les sujets de plus de 45 ans. La bonne fréquence de ces tests n'a pas été déterminée. Les tests ne devraient pas être faits plus d'une fois par an jusqu'à ce qu'ils justifient une fréquence accrue et uniquement pour fins de dépistage de cas.

3. Une forte priorité doit être accordée à la recherche permettant d'en mieux définir la sensibilité, la spécificité, l'acceptabilité, les effets secondaires, ainsi que la fréquence acceptable pour les tests de simple dépistage.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Il y a un exemple de la catégorie I (etude du Kaiser Permanente) et beaucoup de preuves de la catégorie II attestant que les résultats d'une intervention chirurgicale précoce avant même la propagation de la maladie (et donc pendant les phases présymptomatiques du cancer du côlon et du rectum) sont supérieurs à ceux du traitement effectué après l'apparition des symptômes.

2. De 90 à 100 p. 100 des gens souffrant d'un cancer in situ, ou n'intéressant que la séreuse au moment de l'intervention, ont un taux de survie de 5 ans alors que seulement 5 à 55 p. 100 de ceux dont le cancer n'est pas localisé survivent pendant la même période.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Le cancer du côlon représente environ 15 p. 100 de tous les cancers et 15 p. 100 de tous les décès attribuables au cancer. C'est le deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme et la femme (le cancer de la peau mis à part).

2. Il y a 95 p. 100 des cas chez les personnes âgées de plus de 45 ans. Les autres personnes à risque élevé sont les malades souffrant d'une colite ulcéreuse, d'une polypose familiale, d'adénomes villeux et ceux ayant des antécédents familiaux de cancer du côlon.

III. *Intervention*

1. Plusieurs tests distincts sont préconisés pour le dépistage du cancer du côlon et du rectum:

a) la recherche de sang occulte dans les selles.
b) le toucher rectal,
c) la sigmoïdoscopie,
d) le lavement baryté (y compris les études en double contraste),
e) les épreuves hémotologiques pour déceler l'antigène carcino-embryonnaire,
f) colonoscopie,
g) le lavage colique.

2. Même s'il est prouvé que le dépistage par sigmoïdoscopie augmente le taux de survie au cancer du côlon et du rectum, ce procédé comporte des désavantages, dont:

a) le risque, évalué à partir des preuves, d'une perforation du rectum pour un examen sur 1000,
b) le temps requis pour effectuer une sigmoïdoscopie,
c) les malaises ressentis par le malade,
d) la nécessité d'une préparation adéquate du malade,
e) le fait que peu de malades acceptent de subir ce procédé,
f) le coût élevé du procédé,
g) les faibles sensibilité et spécificité (entre 30 et 85 p. 100 des cancers du côlon sont hors de portée du sigmoïdoscope).

3. La recherche de la présence de sang occulte dans les selles est peu coûteuse et simple. Elle a été comparée à la sigmoïdoscopie ou au lavement baryté et on a constaté, dans une étude, qu'elle avait une sensibilité de 78 p. 100 et une spécificité de 99,8 p. 100 pour déceler le cancer du côlon et du rectum. Ce test se complique par le fait que le sujet doit suivre un régime spécial et retourner les lames microscopiques. Le nombre optimal de plaques et la fréquence la plus adéquate pour ce test ne sont pas connus.

Bibliographie sélectionnée:

Greegor, 1971; Kassira, 1976; Zamcheck, 1975.

51 *Cancer du poumon (cancer broncho-pulmonaire)*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: arrêt du tabac efficace.	II-1	Aucune déclarée valable.	D

Recommandation

1. Aucune preuve ne justifie pour l'instant l'inclusion du cancer du poumon parmi les affections qui doivent être recherchées lors d'un examen médical périodique.

2. En dépit des maigres résultats qu'ont eu les conseils donnés au public, la prévention primaire visant à décourager l'usage du tabac mérite un effort permanent et soutenu. Il est extrêmement important que de meilleures méthodes visant à inciter les fumeurs à abandonner leur habitude soient établies, étant donné que la prévention primaire est en ce moment le seul moyen permettant de réduire la mortalité que provoque cette affection.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention primaire (prévention ou arrêt de l'usage de la cigarette) est efficace, mais nous manquons d'information sur la valeur des stratégies existantes pour l'ensemble de la population. Si le public cessait de fumer des cigarettes, plus de 90 p. 100 des cancers broncho-pulmonaires seraient évités.

2. Les mesures actuelles visant à décourager l'usage de la cigarette n'ont que partiellement réussi.

3. La valeur de la prévention *secondaire* est en cours d'évaluation et aucune déclaration précise ne peut être énoncée. Une étude, preuve de catégorie I, a démontré l'inefficacité de la radiographie pulmonaire à tous les six mois. On ne peut donc pas recommander que des radiographies pulmonaires fréquentes fassent partie de l'examen médical périodique. Une deuxième étude portant sur la valeur de l'examen cytologique des crachats fait à tous les 4 mois et de la radiographie pulmonaire est en cours; cette étude donnera des preuves de la catégorie I.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

Les conséquences du cancer du poumon sont dévastatrices; une seule personne sur vingt y survit plus de 5 ans.

B. Pour la société

1. La mortalité attribuable au cancer du poumon continue d'augmenter tant chez les hommes (elle est la cause la plus fréquente de cancer mortel) que chez les femmes (la fréquence augmente rapidement).

2. Les coûts de chirurgie, de radiothérapie et de chimiothérapie sont énormes. Au point de vue collectif, le cancer du poumon nuit au rendement économique de l'individu et à son comportement en famille et en société.

III. *Intervention*

1. Aucune action efficace n'a encore été approuvée. Le seul effet du diagnostic précoce est d'ailleurs l'étiquetage des individus comme «malades». En outre, en l'absence d'une thérapie efficace, on peut se poser des questions sur les avantages sanitaires qu'apporte un dépistage précoce de maladies incurables.

Bibliographie sélectionnée:

Doll, 1964; Melamed, 1977; Miller, 1977; Porter, 1972.

52 *Cancer de l'estomac*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Certaines preuves attestent de la valeur de la prévention secondaire par le dépistage utilisant l'endoscopie, la photofluorographie et l'analyse cytologique gastrique.	III	Photofluorographie; lavage salin et examen cytologique; recherche de sang occulte dans les selles.	C

Recommandation

Des preuves justifient la recommandation d'exclure le cancer de l'estomac de l'examen médical périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention primaire n'est pas encore possible, la cause précise de la maladie n'étant pas connue.

2. La prévention secondaire a été appliquée au moyen du dépistage général. Mais certaines preuves démontrent que le taux de survie a été plus élevé chez les individus atteints d'un cancer de l'estomac, décelé lors d'un dépistage de masse, que pour les autres.

3. La plupart des travaux sur le dépistage général furent effectués au Japon. Même si des études contrôlées et acceptables quant aux coûts-avantages trouvaient efficace ce dépistage reposant sur la technique photofluorographique, elles ne seraient pas possibles actuellement au Canada, sauf peut-être dans les régions à risque élevé, comme à Terre-Neuve.

4. Le seul traitement possible est une gastrectomie totale. L'intervention chirurgicale donne de piètres résultats et la mortalité postopératoire ne doit pas non plus être négligée.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Au Canada, en 1974, 1528 décès chez les hommes et 878 décès chez les femmes furent attribués au cancer de l'estomac. Chaque homme qui en meurt perd 12,6 années de vie et chaque femme, 14,6.

2. En 1974, la maladie a causé 1,6 p. 100 des décès chez les hommes et 1,2% chez les femmes. Elle a aussi justifié 0,4 p. 100 et 0,2 p. 100 de jours d'hospitalisation respectivement chez les hommes et les femmes.

3. L'issue de cette maladie est généralement mortelle; le cancer de l'estomac cause beaucoup de douleurs et beaucoup de souffrances.

III. *Intervention*

1. L'expérience acquise au moyen du dépistage a atteint son ampleur maximale au Japon, où elle implique plus de 3 millions de personnes par an. Un trait commun aux diverses étapes de dépistage est l'utilisation de la photofluorographie en début de séquence. Un milieu de contraste à 40 p. 100 p/p d'eau sodée est utilisé pour recouvrir la muqueuse avant la pose des clichés endoscopiques. Les personnes manifestant des résultats positifs sont examinées plus à fond à l'aide d'examens radiographiques, gastroscopiques et cytologiques.

2. Une autre mesure utilisée pour le dépistage de cas en clinique de gastro-entérologie est la recherche de cellules néoplastiques dans le liquide salin de lavage du contenu gastrique.

3. La recherche de sang occulte dans les selles est une méthode de dépistage plus pratique que la photofluorographie, mais le seul test aléatoire contrôlé d'un tel dépistage ne prouve pas qu'il y ait diminution de la mortalité chez ceux qui ont fait l'objet d'un tel dépistage.

Bibliographie sélectionnée:

Correa, 1975; Hisamichi, 1976; Husain, 1976; Langman, 1976; Raven, 1967.

---

53 *Cancer de la prostate*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: aucune preuve. Traitement: aucune preuve de son efficacité pour le moment.	III	Toucher rectal; massage de la prostate et examen cytologique; détermination des phosphatases acides sériques.	C

Recommandation

Rien ne justifie l'inclusion d'examen pour le cancer de la prostate à l'examen médical périodique et les recommandations peuvent porter sur d'autres aspects.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Des tests aléatoires ont prouvé que l'oestrogénothérapie est néfaste eu égard à la survie, car elle augmente les risques de maladies cardio-vasculaires. Elle ne doit être réservée qu'au soulagement des symptômes à un stade avancé.

2. Les preuves d'efficacité de la cure par prostatectomie radicale ou par radiothérapie ne sont pas concluantes pour le moment.

3. La seule étude quantitative sur la valeur du dépistage annuel par toucher rectal n'est pas rigoureuse. Les constatations n'appuient pas l'utilisation d'oestrogènes et les preuves relatives à l'intervention chirurgicale ne sont pas concluantes.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Chaque année, environ 1800 Canadiens meurent du cancer de la prostate; ceux qui en meurent perdent, en moyenne, environ 8,9 années de vie.

2. Cette maladie est responsable, pour les hommes, d'environ 2 p. 100 de tous les décès, de 0,6 p. 100 de tous les diagnostics lors de congés d'hôpitaux généraux et d'établissements spéciaux affiliés et de 1,3 p. 100 des jours d'hospitalisation.

3. Cette maladie entraîne des douleurs et des répercussions psycho-sociales que le traitement curatif complique souvent.

III. *Intervention*

1. La mesure la plus indiquée semble être le toucher de la prostate par voie rectale. Il s'agit d'un procédé simple et sûr, mais dont ni la sensibilité, ni la spécificité ne sont connues.

2. Les solutions de rechange ou supplémentaires comprennent le massage prostatique accompagné d'un examen cytologique et d'évaluation de la concentration en phosphatases acides du sérum. La première mesure est déplaisante et fait appel à des aptitudes spéciales; la dernière est probablement indolore, du moins en ce qui concerne la technique traditionnelle. Le radio-immunodosage des phosphatases acides du sérum, plus sensible et plus spécifique, peut devenir un outil utile de dépistage.

3. L'examen rectal annuel chez les hommes âgés de plus de 45 ans a été préconisé, mais rien ne prouve que ce procédé particulier doive être appuyé.

Bibliographie sélectionnée:

Byar, 1973; Coune, 1978; Foti, 1977; Meares, 1972; Owen, 1976; Rotkin, 1977; Schuman, 1977; Zeigel, 1977.

54 *Cancer de la vessie*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: inconnue.	III	Examen cytologique de l'urine.	D Population en général;
Traitement: passable.	II-1		B groupes à risque élevé.

Recommandation

1. Des preuves plus ou moins adéquates justifient la recommandation d'exclure le cancer de la vessie de l'examen médical périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Les causes du cancer de la vessie sont a) l'exposition généralement professionnelle à certaines amines aromatiques, b) le tabagisme et c) la schistosomiase. La précaution primaire consiste à éliminer ces causes. La valeur des efforts déployés pour y arriver n'est pas connue et, peut être à l'exception possible des conseils contre l'usage du tabac, l'examen médical périodique n'est pas le mécanisme approprié.

2. La plupart des malades subissent un traitement chirurgical et certains d'entre eux subissent également la radiothérapie. Le taux global de survie de 5 ans est d'environ 50 p. 100. La plupart des cancers de la vessie sont localisés lors du traitement; rien ne prouve que le dépistage précoce améliore le pronostic.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Le Canadien qui meurt du cancer de la vessie perd, en moyenne, 11 années potentielles de vie, et la Canadienne, 12. Cette affection est douloureuse et entraîne l'invalidité, avec ou sans traitement.

2. En 1974, 631 hommes et 264 femmes sont morts du cancer de la vessie. Au Canada, en 1975, cette affection a fait l'objet de 8435 admissions dans les hôpitaux généraux et établissements spécialisés, et a représenté 133 510 journées d'hospitalisation.

III. *Intervention*

1. La principale intervention est un examen cytologique de l'urine pour y déceler les cellules néoplasiques. (La détermination des concentrations d'antigènes cancérigènes dans l'urine et le sang a fait l'objet d'une étude, mais elle suscite d'énormes problèmes quant à sa sensibilité et à sa spécificité).

2. L'intervention a été préconisée pour les travailleurs exposés aux produits cancérigènes pour la vessie, mais: a) son acceptabilité est faible, b) l'identification et la post-observation des personnes à risque élevé sont difficiles et c) la valeur de l'intervention n'est pas établie.

3. Les résultats préliminaires des recherches parrainées par le *U.S. National Bladder Cancer Project* (projet national américain du cancer de la vessie) (non encore publiés) n'indiquent pas que l'intervention puisse être considérée comme mesure générale du maintien de la santé.

Bibliographie sélectionnée:

Trott, 1976.

55 *Cancer de la peau*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: inconnue. Traitement: effectif.	II-1	Counseling, examen.	D Population examen en général; B à risque élevé.

Recommandation

1. Des preuves plus ou moins adéquates justifient la recommandation d'exclure le cancer de la peau de l'examen médical périodique offert à l'ensemble de la population.

2. Cependant, pour les personnes à risque élevé, celles qui travaillent à l'extérieur et sont en contact avec les hydrocarbures aromatiques polycycliques, des preuves plus ou moins adéquates justifient la recommandation d'inclure l'examen de la peau.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Les causes connues du cancer de la peau sont les suivantes:

a) exposition aux rayonnements ultraviolets (carcinome et mélanome),
b) contact de la peau avec des hydrocarbures aromatiques polycycliques (carcinome),
c) exposition aux rayonnements ionisants (carcinome et rarement mélanome),
d) ingestion d'arsenic (carcinome).

2. Pour la plupart des Canadiens, le principal facteur de risque est le bain de soleil; l'intervention primaire serait de conseiller d'en réduire la pratique et d'utiliser des pommades agissant comme écran solaire. Rien ne prouve cependant que ces conseils soient efficaces, et les pommades contenant des agents bloquants puissants sont inacceptables comme cosmétiques ou sont irritantes.

3. Quoique l'examen périodique de la peau exposée de ceux qui travaillent à l'extérieur et de l'ensemble du corps de ceux qui sont exposés aux hydrocarbures polycycliques ait été largement recommandé, sa valeur n'a pas été confirmée.

4. Le traitement des épithéliomas basocellulaires et spinocellulaires semble être très efficace, compte tenu des taux de survie de 5 ans. Le traitement d'un mélanome est un peu moins efficace, surtout pour les tumeurs fort envahissantes.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Au Canada, en 1974, 214 décès chez les hommes et 182 chez les femmes furent attribués au cancer de la peau. En moyenne, un homme mourant du cancer de la peau perd 18,9 années potentielles de vie et une femme, 22,0.

2. En 1975, le diagnostic de la maladie apparaissait sur 2403 formules de congé d'hôpitaux généraux et d'établissements spécialisés (au total 51 051 jours d'hospitalisation).

3. Le degré des souffrances physiques et de l'invalidité causées par ce cancer dépend surtout du type de tumeur et de son emplacement anatomique. Le mélanome et les épithéliomas spinocellulaires peuvent entraîner des souffrances prolongées et la défiguration. Les épithéliomas basocellulaires sont plus faciles à localiser et produisent peu de défiguration, s'ils sont traités dès le début.

III. *Intervention*

1. La mesure de dépistage appropriée est l'inspection de la peau et la consultation médicale pour effectuer une biopsie en cas de lésions suspectes. Dans une étude effectuée en Virginie, 21,6 p. 100 des fermiers examinés présentaient des lésions prémalignes ou malignes. Le nombre de cas dépistés lors de consultation était, par heure de médecin, de 1,5.

2. Lors d'une enquête basée sur des échantillons de foyers et effectuée par des infirmières du Tennessee rural, un cancer de la peau fut décelé chez 4,4 p. 100 des sujets examinés. Parmi les 48 lésions dépistées par les infirmières, 45 furent cliniquement vérifiées par un dermatologiste. Après un an, 17 malades sur 43 seulement se sont prévalus d'un traitement.

Bibliographie sélectionnée:

Emmett, 1975; Mihm, 1976; Weary, 1971; Zgula-Malley, 1974.

56 *Maladie de Hodgkin*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: pas effective. Traitement: relativement effectif.	III	Examen physique, radiographie.	C

Recommandation

Il n'y a pas de preuves scientifiques qui justifient l'inclusion de la maladie de Hodgkin à l'examen médical périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Sa prévention est impossible.

2. Les programmes actuels de traitement sont relativement efficaces. Les sujets souffrant de la maladie de Hodgkin peuvent s'attendre à une guérison probable de l'ordre de 25 à 90 p. 100.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. La maladie de Hodgkin est assez courante; aux É.-U., sa fréquence est de 60 cas par année, par million d'habitants.

2. En 1976, 241 Canadiens sont morts des suites de cette maladie. Des chiffres précis sont difficiles à obtenir.

3. Le taux de fréquence bimodal spécifique de l'âge, (un mode s'étend de 15 à 34 ans et un autre se situe à 50 ans), indique que les personnes sont atteintes pendant leurs années productives.

III. *Intervention*

1. Les actions de dépistage sont précises, et, dans au moins 90 p. 100 des cas, cette maladie peut être décelée au moyen de méthodes relativement simples (par ex., l'examen médical et la radiographie pulmonaire) avec une biopsie du ganglion lymphatique.

2. Il faut se demander si le dépistage précoce ou asymptomatique est relié à un taux de survie plus élevé que le dépistage tardif. Rien ne prouve qu'un taux de survie plus élevé soit attribuable à la lenteur de croissance des tumeurs, bien que cela puisse être le cas.

Bibliographie sélectionnée:

Boyd, 1978; Kaplan, 1972.

57 *Cancer de la cavité buccale*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Prévention: inconnue; le dépistage précoce est possible, mais on ne connait pas son effet. Le traitement dépend de l'emplacement de la lésion.	Détection précoce: III. Valeur du traitement prodigué: II-1.	Examen visuel	C

Recommandation

Aucune preuve ne justifie l'inclusion d'un examen de dépistage d'un cancer de la cavité buccale à un examen médical périodique; un tel examen peut cependant être fait au cours d'une visite régulière pour examen dentaire.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Les résultats des mesures de prévention primaire visant à réduire l'usage du tabac et la consommation d'alcool ne sont pas nets. Des mesures de prévention scolaire sont possibles avec un examen buccal régulier, afin de déceler le cancer dès le début. On en ignore, cependant, les effets.

2. Les cancers asymptomatiques de la bouche sont facilement décelables par inspection visuelle, mais on n'en connaît pas les effets.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

1. Le taux de morbidité est sans doute similaire à celui d'un bon nombre d'autres néoplasmes. L'adaptation sociale et affective du malade et de la famille peut s'avérer difficile si le traitement entraîne un grave défigurement facial.

2. Le coût du traitement peut être semblable à celui des autres néoplasmes. Il augmente si des prothèses s'imposent pour restaurer une perte tissulaire ou fonctionnelle du visage.

B. Pour la société

1. En 1974, 642 Canadiens sont morts de néoplasmes malins de la cavité buccale. Les hommes y sont beaucoup plus exposés (71,5 p. 100 des décès).

2. Au nombre des 41 433 nouveaux sites primaires de néoplasmes malins rapportés, 3,5% intéressait la cavité buccale et le larynx.

3. La chirurgie et la thérapie par rayonnements augmentent sensiblement le taux de survie.

4. Les preuves sont contradictoires quant au rôle de la consommation d'alcool dans l'apparition de ce cancer. Les fumeurs sont beaucoup plus exposés aux risques de cette affection.

III. *Intervention*

1. Le dépistage par évaluation des tissus mous est sûr et simple. Il est peu coûteux et relié à d'autres formes d'évaluation dentaire systématique. Le test au bleu de toluidine, l'examen oncologique exfoliatif ou la biopsie, lorsque indiqués à la suite d'une inspection clinique, permettent de poser un diagnostic précoce.

2. Cette intervention devrait faire partie d'un examen dentaire annuel.

Bibliographie sélectionnée:

Bolden, 1977; Myers, 1970; Nutrition, 1977; Weir, 1969.

58 *Diabète sucré chez l'adulte (à l'exclusion des femmes enceintes)*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Le traitement des personnes asymptomatiques ne s'est pas révélé efficace dans le contrôle des complications.	I; II-2	Recherche du glucose dans l'urine; glycémie à jeun et post-prandiale.	D Pour la population en général; B pour les groupes à risque élevé.

Recommandation

Comme il n'a pas été prouvé que le traitement du diabète asymptomatique non insulino-dépendant fasse plus de bien que de mal, des preuves plus ou moins adéquates justifient d'exclure cette forme de diabète de l'examen médical périodique, sauf pour les femmes enceintes.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. On ne sait pas quand le diagnostic précoce et le traitement subséquent du diabète non insulino-dépendant de l'adulte donnent des résultats avantageux quant aux principales complications. Les principaux essais aléatoires contrôlés du traitement du diabète non insulino-dépendant (étude UGDP) n'ont pas établi d'avantages thérapeutiques pour les malades; pour la plupart des malades visés par l'étude, les protocoles de traitements prescrits n'ont toutefois pas permis de contrôler la glycémie.

2. Plusieurs études de groupes laissent entrevoir le fait que la mortalité et la morbidité des diabétiques dont la glycémie est bien contrôlée sont plus faibles que ceux chez qui elle ne l'est pas. En plus d'être mal conçues, ces études sont également imparfaites car elles n'abordent pas la valeur du traitement des diabètes asymptomatiques.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. En 1976, on comptait 500 000 Canadiens souffrant de diabète sucré; 2945 en sont morts. Le diabète sucré, pris au sens large, a provoqué 30 000 décès aux États-Unis en 1974. Ces statistiques se rapportent cependant au diabète insulino-dépendant comme à celui non insulino-dépendant; ils touchent environ de 3 à 4 p. 100 de l'ensemble de la population, mais le nombre de cas semble augmenter chaque année.

2. L'espérance de vie des diabétiques est généralement moindre que pour l'ensemble de la population (9,1 ans pour les hommes, 6,7 ans pour les femmes).

3. Le risque de décès, à la suite d'une affection cardio-vasculaire est plus élevé chez les diabétiques: il est 2,9 fois plus élevé pour les maladies cardio-vasculaires en général, 3 fois plus élevé pour la coronaropathie et 2,2 fois plus élevé pour les autres affections cardio-vasculaires, composé au risque encouru par l'ensemble de la population. Les risques de cécité chez les diabétiques sont également 25 fois plus élevés. La rénopathie, la gangrène et l'impuissance chez les hommes sont respectivement 17 fois, 5 fois et 2,5 fois plus fréquentes chez les diabétiques.

4. On a calculé qu'aux É.-U., les coûts directs et indirects du diabète dépassaient $5 milliards.

III. *Intervention*

1. Certains aspects des antécédents médicaux et familiaux permettent d'identifier les personnes les plus exposées au diabète. Les principales catégories d'individus exposés peuvent être identifiées par les recherches suivantes:

a) antécédents familiaux
b) antécédents obstétriques
- Poids à la naissance (plus de 4Kg)
- Mortinatalité
- Avortements à répétition
- Malformations foetales (par ex., anomalies de la membrane hyaline, malformations congénitales)

c) anomalies physiques (par ex., dysfonction du système circulatoire et atteinte vasculaire évidente).

2. La recherche du glucose dans l'urine est simple et peu coûteuse, mais cette méthode n'est guère sensible, car elle ne permet de poser un diagnostic que dans 70 p. 100 des cas environ.

3. La détermination du glucose sanguin (ou plasmatique) 2 heures après avoir bu 75 g de glucose ou la glycémie à jeun sont des méthodes sûres, spécifiques et acceptables.

4. Il existe d'autres mesures qui ne sont pas d'usage courant, comme le typage de l'antigène d'histocompatibilité chez les malades ayant des antécédents de diabète et la détermination de l'hémoglobine A_{1c}. Toutefois ce ne sont, pour le moment, que des outils de recherche.

Bibliographie sélectionnée:

Cahill, 1976; Crofford, 1975; Fajans, 1972; Goodkin, 1975; Orzeck, 1971; Pell, 1970; Prout, 1975; University, 1975.

---

59 *Hyperthyroïdie*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Le traitement est effectif mais superflu en phase asymptomatique.	II-2	Dosage de la thyroxine et de la trixodothyromine, indice de saturation de la TBG (globuline liée à la thyroxine).	D

Recommandation

Des preuves plus ou moins adéquates permettent d'envisager l'inclusion de cette affection à un examen médical périodique pour l'ensemble de la population.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

Il existe des preuves plus ou moins adéquates et un consensus universel en faveur du traitement de l'hyperthyroïdie. Avant qu'un traitement ait pu être dispensé, beaucoup sont atteints d'une invalidité chronique et jusqu'à 11 p. 100 des malades en meurent. L'expérience clinique laisse supposer que la plupart des malades atteints sont vus par un médecin quelques mois après le début de l'affection et le dépistage de masse ou dépistage de cas n'est, par conséquent, pas nécessaire dans le cadre d'un examen médical périodique.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

La santé est altérée en raison de l'affaiblissement des facultés physiques ou mentales et de la sensibilité aux infections, mais, en ce moment, les décès dus à l'hyperthyroïdie non dépistée doivent être relativement rares.

B. Pour la société

1. La fréquence de l'hyperthyroïdie est de 27 sur 1000 chez les femmes et de 2,3 sur 1000 chez les hommes (pourcentage global de 1,5%); l'incidence annuelle est évaluée chez les femmes à 3 sur 1000.

2. Le coût du traitement varie en fonction de la thérapie utilisée. La thérapie par médicaments antithyroïdiens coûte environ de $3.50 à $6.50 par mois par malade, en

sus du coût des tests de laboratoire et des honoraires du médecin. Les coûts de chirurgie sont équivalents à ceux d'une hospitalisation de 5 à 10 jours. Une injection d'iode radioactif coûte environ $50.

III. *Intervention*

Le recours à la mesure de la thyroxine sérique, en plus du calcul de l'indice de saturation de la globuline liée à la thyroxine, permet de dépister la plupart des malades; entre 10 à 20 p. 100 des autres cas peuvent être dépistés par une utilisation supplémentaire de l'épreuve du sérum T3.

Bibliographie sélectionnée:
Furszyfer, 1970; Tunbridge, 1977.

---

60 *Hypothyroïdie*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Le traitement de l'hypothyroïdie clinique est effectif.	III	Examen clinique chez les femmes en période postménopausique C.	

Recommandation

1. Aucune preuve n'est assez claire pour justifier l'inclusion de l'hypothyroïdie dans un examen médical périodique et les recommandations doivent porter sur d'autres aspects.

2. Pour cette affection, le Groupe d'étude accepte l'opinion des experts voulant que son traitement soit effectif. Il est recommandé de la rechercher chez les femmes en période postménopausique par examen clinique pendant l'examen médical régulier.

3. Grâce à l'expérience clinique, nous savons que des symptômes non caractéristiques de l'hypothyroïdie peuvent exister pendant des années avant d'être diagnostiqués. Il n'est toutefois pas évident que le traitement des malades atteints d'hypothyroïdie subclinique ou biomédicale (examen clinique normal, mais avec thyroxine sérique faible, thyrotropine élevée et triiodothyronine sérique normale) modifie l'évolution clinique de leur maladie. Le Groupe d'étude recommande d'accorder une priorité élevée à cette question.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Tout le monde s'entend pour dire que l'hypothyroïdie apparente au plan clinique nuit dans une certaine mesure au bien-être et qu'on peut y remédier par un traitement de suppléance. Mais il ne semble pas y avoir de rapports d'essais contrôlés à ce sujet.

2. La valeur du traitement de l'hypothyroïdie subclinique n'est pas établie. En raison des effets délétères du traitement (par ex., l'aggravation de l'angine), il est important d'établir la valeur du traitement chez les personnes atteintes d'une hypothyroïdie subclinique. Si cette valeur pouvait être établie, le dépistage par tests de laboratoire serait justifié.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. La proportion de cas d'hypothyroïdie est de l'ordre de 19 sur 1000 pour les femmes et de 1 sur 1000 pour les hommes. Cette fréquence est plus élevée chez les femmes en période postménopausique. On relève chaque année environ 1 ou 2 cas sur 1000 chez les femmes (davantage chez les femmes en période postménopausique). L'hypothyroïdie légère (thyroxine sérique faible, thyrotrophine sérique élevée, mais triiodothyronine sérique normale) est beaucoup plus fréquente; plus de 10 p. 100 des femmes en période postménopausique en souffrent.

2. La principale répercussion de l'affection sur le malade et sa famille est une altération de la santé pendant une période prolongée et des atteintes physiques et intellectuelles. Les séquelles graves sont la mort par myxoedème et l'hospitalisation pour soins psychiatriques chroniques dans les cas de myxoedème non décelé. L'impact de l'hypothyroïdie subclinique est moins clair; en fait, on n'en connaît pas les antécédents naturels.

III. *Intervention*

1. La recherche clinique de signes et de symptômes de l'hypothyroïdie est recommandée pour les femmes en période postménopausique tant que la valeur du traitement de l'hypothyroïdie subclinique n'aura pas été établie. Même si on ne peut préciser avec quelle fréquence il faut procéder au dépistage de masse, il est souhaitable de questionner le malade au cours des visites pour maladie intercurrente, soit à tous les 2 ans environ.

2. La détermination de la thyroxine sérique et de l'indice de saturation de la globuline liée à la thyroxine permet de déceler cette affection dans la plupart des cas. Certains cas asymptomatiques légers ne peuvent être décelés que par l'analyse supplémentaire de la thyrotropine sérique. Ces tests coûtent moins de $10.

Bibliographie sélectionnée:
Barber, 1977; Tunbridge, 1977.

---

61 *Ménopause*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
La prévention est impossible, puisque les femmes qui sentiront des symptômes vasomoteurs ne peuvent être identifiées. Le traitement des bouffées de chaleur, de la sécheresse vaginale et des troubles de l'humeur est effectif.	III	Mesure de la concentration de l'oestradiol plasmatique.	C

Recommandation

Des preuves plus ou moins adéquates justifient la recommandation d'exclure la ménopause de l'examen médical périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Il n'existe pas de preuves d'essais cliniques contrôlés des médicaments donnés au stade présymptomatique du climatère ou de la ménopause. Il n'est pas possible d'identifier, au stade présymptomatique, les femmes chez qui des symptômes vasomoteurs apparaîtront, même si une période préménopausique est identifiable, par tests de laboratoire, quand il n'y a peu ou pas de symptômes ou de signes. Ce ne sont pas toutes les femmes qui souffrent d'instabilité vasomotrice, d'atrophie et de sécheresse vaginale caractéristique du climatère.

2. On a soutenu l'utilisation prophylactique d'oestrogènes pour empêcher les modifications psychologiques et physiques pouvant survenir pendant la ménopause, mais ces modifications ne peuvent être reliées à une carence oestrogénique ou gonadique.

3. Bon nombre des symptômes psychologiques et psychosomatiques décrits se produisent plus fréquemment pendant le climatère mais ce ne sont que les bouffées de chaleur et la transpiration qui y surviennent définitivement plus fréquemment qu'en d'autres moments. Certaines preuves démontrent que les oestrogènes sont avantageux pour les femmes ayant des bouffées de chaleur et une sécheresse vaginale; ils atténuent également les troubles de l'humeur. L'instabilité vasomotrice et l'atrophie génitale sont les seules affections pour lesquelles les oestrogènes ont un effet précis.

4. Rien ne justifie l'administration d'oestrogènes au cours du stade présymptomatique. En effet, les oestrogènes ont été associés aux phénomènes opposés, particulièrement aux épisodes thromboemboliques et au cancer endométrial. Le traitement de suppléance peut donc faire plus de mal que de bien.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

La plupart des femmes ressentent les effets cliniques à un certain stade de leur climatère. Pour certaines, ces effets vont de l'absence totale de malaises à de légers malaises et à une gêne fonctionnelle appréciable.

III. *Intervention*

Le climatère (période durant laquelle il y a arrêt de la fonction ovarienne) se manifeste par des concentrations réduites d'oestradiol plasmatique (même si les cycles menstruels ovulatoires réguliers persistent pendant un certain temps). Au fur et à mesure que les ovules et les concentrations en oestrogènes diminuent, les cycles deviennent de plus en plus anovulatoires et entraînent une diminution de la production de progestérone. La diminution de la rétroaction biologique des stéroïdes gonadiques sur l'hypophyse suscite une augmentation graduelle de la concentration de gonadotrophines. Il existe donc des tests de laboratoire permettant de dépister le climatère.

Bibliographie sélectionnée:

Detre, 1978; Monroe, 1977; Utian, 1976.

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
1 Les deux sont efficaces. Administration d'immunoglobulines anti-Rh positif aux femmes Rh négatif.	I	Détermination du groupe sanguin et recherche des anticorps.	A

Recommandation

1. Des preuves pertinentes justifient le fait que l'examen médical périodique comporte la détection de l'incompatibilité foeto-maternelle.

2. Des preuves démontrent qu'on peut évaluer correctement le groupe sanguin et les taux d'anticorps d'une femme enceinte. Celles qui sont particulièrement exposées à une sensibilisation Rh peuvent être suivies et les mesures qui s'imposent peuvent être prises.

3. Il existe aussi des preuves pertinentes démontrant que l'administration d'immunoglobulines anti-Rh positif aux femmes à Rh négatif mettant au monde un nouveau-né Rh positif sans avoir fabriqué d'anticorps anti-Rh, leur donnera une protection presque complète contre toute sensibilisation future.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. En ce qui concerne les mesures de prévention primaire, une étude contrôlée a montré que l'administration d'immunoglobulines anti-Rh positif pendant les trois premiers jours suivant l'accouchement protège la femme Rh négatif contre la sensibilisation à un foetus Rh positif. Il faut injecter une dose de 300 ug par voie intramusculaire.

2. Il faut, en outre, administrer 300 ug entre la 28e et la 34e semaine, de préférence à la 28e semaine, pourvu qu'aucun anticorps n'ait été décelé pendant les 4 semaines précédentes.

3. Les autres indications couramment acceptées pour l'administration d'immunoglobulines anti-Rh positif aux femmes Rh négatif comprennent:

a) l'avortement spontané ou provoqué;
b) l'amniocentèse pour les raisons génétiques ou autres, y compris la maturité foetale;
c) la transfusion incompatible de sang Rh positif;
d) la perte anormale de sang utérin pendant la grossesse, surtout si elle est confirmée par un test de Kleihauer laissant entrevoir une hémorragie foeto-maternelle.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Même si le problème principal est celui de l'immunisation Rh (D), toutes les femmes peuvent fabriquer des anticorps autres que les anticorps anti-D, qui engendrent la maladie hémolytique du nouveau-né.

2. Les femmes Rh négatif peuvent être sensibilisées au cours d'une grossesse. L'amniocentèse augmente le risque, qui est à son maximum après l'accouchement ou l'avortement.

3. Les femmes Rh positif peuvent fabriquer des anticorps autres que les anticorps anti-D. Dans une étude de 18 378 grossesses, on en a découvert 299. Sur ce nombre, 31 femmes ont eu des nouveau-nés pour qui le test direct de Coombs était positif. Toutefois, 5 bébés seulement ont eu besoin d'une exsanguino-transfusion. Il n'y a pas eu de mortinatalités, ni de décès de nouveau-nés.

4. Dans une étude portant sur 4653 femmes, 40 ont été identifiées comme ayant des anticorps irréguliers; 5 bébés souffraient de la maladie hémolytique du nouveau-né. Aucun bébé n'a eu besoin d'une exsanguino-transfusion et il n'y a pas eu de décès. Néanmoins, on a signalé des cas de maladies hémolytiques graves et de morts foetales en association avec des anticorps des groupes mineurs.

III. *Intervention*

1. Il faut déterminer les groupes sanguins (A B O, Rh) de toutes les femmes enceintes et rechercher, chez toutes, les anticorps. Ceci devrait se faire lors du premier examen prénatal. Les techniques de recherche d'anticorps comprennent des tests sur des cellules traitées aux enzymes et par auto-analyseur (manuel de la Croix-Rouge).

2. Il faut rechercher des anticorps anti-D chez la femme Rh négatif pendant la 20e semaine, chaque mois jusqu'à la 28e semaine, puis par la suite toutes les deux semaines.

3. Il faut rechercher les anticorps anti-D chez la femme Rh positif entre la 32e et la 36e semaine de grossesse.

4. Il faut suivre de près toutes les femmes ayant fabriqué des anticorps en procédant à des tests mensuels jusqu'à la 28e semaine de grossesse et toutes les 2 semaines par la suite.

Bibliographie sélectionnée:

Bowman, 1970; Queenan, 1967; Zipursky, 1977.

63 *Grossesse non désirée chez les adolescentes*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Peu de preuves à l'appui pour prévenir la 1ere grossesse.	III	Counseling sur la contraception pendant la première visite et, par la suite avortement.	C
Bonnes preuves à l'appui pour prévenir la 2e grossesse.	I		A

Recommandation

Des preuves plus ou moins adéquates existent en vue de recommander de donner aux adolescentes des conseils sur la grossesse pendant l'examen médical périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. L'abstinence sexuelle ou l'utilisation de méthodes contraceptives efficaces permettent d'éviter la grossesse pendant l'adolescence. L'avortement d'accès facile permet d'y mettre un terme. Tout en étant très efficace, l'abstinence n'est pas très valable. De plus, il peut ne pas être socialement acceptable dans le climat moral actuel, que le médecin de famille conseille l'abstinence sexuelle aux adolescentes.

2. Il y a de bonnes preuves voulant que des conseils sur l'usage des moyens de contraception au début et par la suite empêcheront une deuxième grossesse chez celles qui ont déjà eu un enfant. (On ne saurait prouver que cela vaut pour la première grossesse; il y a plutôt manque de preuves que preuves négatives). Il y a des preuves plus ou moins adéquates voulant que l'accessibilité à l'avortement diminuera le taux des natalités illégitimes chez les adolescentes.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

1. La plupart des études mentionnées portaient sur les adolescentes des ghettos noirs des É.-U. Il y a peu d'information sur la situation au Canada. Toutefois, il est probable que les problèmes physiologiques se révéleraient semblables, même si les problèmes sociologiques diffèrent quelque peu.

2. Contrairement aux résultats des études précédentes, il y a peu de preuves à l'effet que la mère ou l'enfant soient plus exposés physiologiquement, sauf quand il ne s'agit pas de la première grossesse. Mais on s'interroge très peu sur les conséquences sociales. Ces mères sont plus exposées à des grossesses répétées pendant l'adolescence, aux échecs matrimoniaux et risquent fort, par conséquent, de connaître une vie de privation économique et l'enfant subira les conséquences de ces risques.

B. Pour la société

1. En 1974, il y a eu au Canada, 9870 naissances illégitimes et 14 504 avortements chez les moins de 20 ans, soit près de 25 000 grossesses dont la plupart étaient probablement non désirées. Trente mille grossesses ont été rapportées chez des adolescentes mariées et chez des couples dont l'état civil n'était pas connu. Certains de ces mariages furent sans aucun doute précipités du fait de la grossesse et bon nombre des naissances n'étaient pas prévues ou désirées.

2. Aucune étude n'a mis en évidence, répartis sur toute une vie, les coûts d'une grossesse non désirée pendant l'adolescence. Bien qu'ils ne soient pas faciles à estimer, ils sont sans aucun doute très élevés. Les femmes auront recours à l'assistance sociale pendant une bonne partie de leur vie, leurs études ayant été interrompues et les enfants non désirés seront désavantagés, tout comme ceux qui naîtront par la suite. Certains désavantages rejailliront certainement sur la génération suivante.

III. *Intervention*

Il y a des preuves voulant que la plupart des mesures contraceptives, y compris l'avortement thérapeutique, présentent des risques à court terme, mais ces risques sont très faibles. La période écoulée n'a pas été assez longue pour évaluer les risques à long terme; et, lorsqu'ils seront connus, ils seront probablement moins graves que les conséquences à long terme d'une grossesse non désirée pendant l'adolescence.

Bibliographie sélectionnée:

Furstenberg, 1976; Jekel, 1975; Tietze, 1976.

64 *Accouchement prématuré*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
Pour l'incompétence du col de l'utérus: passable.	II-2	Anamnèse; cerclage du col de l'utérus.	B
Pour d'autres causes d'accouchement prématuré: études plus poussées nécessaires.	III	Anamnèse: traitement pharmacologique; accouchement dans des centres spécialisés.	C

Recommandation

1. Il existe des preuves plus ou moins adéquates permettant d'affirmer que le cerclage du col utérin diminue le taux d'accouchements prématurés chez les femmes présentant une béance du col de l'utérus et qu'on devrait y avoir recours pour celles qui ont des antécédents d'accouchement prématuré.

2. Il y a peu de preuves permettant d'affirmer qu'il est possible, dans les autres cas d'accouchement prématuré, de prendre des mesures efficaces pouvant éviter ou corriger cette situation.

3. Des recherches s'imposent pour pouvoir identifier les femmes exposées aux accouchements prématurés et pouvoir juger de l'efficacité des traitements en usage (utilisation de médicaments pour retarder l'accouchement et pour diminuer les complications néo-natales; accouchements dans des centres très spécialisés).

4. Comme des compliçations sont reliées à l'accouchement prématuré et qu'il est normal de demander à la femme enceinte si elle a déjà eu un accouchement prématuré, cette dernière doit être questionnée sur ses antécédents obstétriques. Jusqu'à ce que nous en sachions davantage sur ce problème, ces femmes devraient recevoir les soins curatifs actuellement acceptés.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La béance du col utérin est la seule cause d'accouchement prématuré pour laquelle il y a des preuves de la catégorie II, en faisant une mesure de prévention secondaire efficace. Les femmes exposées peuvent être identifiées à partir d'antécédents d'une rupture spontanée indolore des membranes au milieu de la grossesse. Un cerclage cervical peut leur être bénéfique.

2. En ce qui concerne les autres causes de l'accouchement prématuré, seules des preuves de la catégorie III permettent de juger si certains médicaments (bêta-adrénergiques et antagonistes des prostaglandines) peuvent inhiber l'affection.

3. Il existe d'autres preuves de la catégorie III attestant que d'autres interventions peuvent diminuer les complications périnatales reliées à l'accouchement prématuré. L'administration de bétaméthasone à la mère 48 heures avant l'accouchement réduit le taux de syndrome de la maladie respiratoire du nouveau-né chez ceux qui ont moins de 34 semaines d'âge foetal. L'accouchement dans des locaux spécialisés offrant des soins intensifs aux nouveau-nés diminue aussi la mortalité périnatale des nouveau-nés immatures.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

Même si seulement de 7 à 8 p. 100 des femmes accouchent avant 37 semaines de gestation, la fréquence de la mortalité néo-natale et des séquelles neurologiques à long terme chez des individus issus d'un accouchement prématuré est relativement élevée; en effet, les suites d'un accouchement prématuré contribuent beaucoup à une issue insatisfaisante d'une grossesse. Il existe peu de façons d'identifier les femmes exposées au risque d'un accouchement prématuré, sauf pour celles qui présentent une béance du col de l'utérus.

III. *Intervention*

Pour le moment, la seule façon de déceler cette affection est de rechercher des antécédents d'accouchement prématuré. Plus particulièrement, la rupture indolore spontanée des membranes au milieu de la grossesse laisse soupçonner une béance du col de l'utérus.

Bibliographie sélectionnée:

Barter, 1958; Liggins, 1973.

65 *Avortement spontané répété*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
1 Les facteurs virtuellement responsables sont identifiables dans 30 p. 100 des cas mais ils ne peuvent pas tous être traités.	III	Enquête pour dépister les causes possibles.	C

Recommandation

1. Aucune preuve pertinente ne permet d'appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection de l'examen médical périodique et les recommandations peuvent porter sur d'autres aspects.

2. Même s'il existe des preuves attestant que les causes d'avortement spontané peuvent être identifiées et corrigées, on ne s'attend pas à ce que la recherche de la cause possible soit nuisible, mais elle peut conduire à une solution du problème. Il est donc pertinent, jusqu'à preuve du contraire, qu'une telle intervention soit pratiquée chez la femme enceinte.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Une étude clinique des femmes ayant eu plus de deux avortements spontanés répétés permettra d'identifier les facteurs virtuellement responsables dans 30 p. 100 des cas environ. Les facteurs les plus fréquemment définissables sont les suivants:

a) endocrinopathies, par exemple, diabète ou dysfonction thyroïdienne;
b) anomalies utérines comprenant la béance du col utérin (environ 12 p. 100 des cas);
c) anomalies chromosomiques chez l'un des parents, constatées dans 5 p. 100 des cas des avortements spontanés répétés et dans 27 p. 100 des cas d'avortement spontané et de malformation foetale;
d) infections, spécialement lorsqu'elles sont dues au *Mycoplasma* et au *Cytomégalovirus*.

2. Les femmes qui présentent des antécédents d'incompétence du col utérin profiteraient d'un cerclage du col à la 16e semaine de grossesse.

3. La possibilité de pallier une défectuosité de la phase lutéique à l'aide d'une thérapie hormonale de préimplantation demeure à l'étude.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Les avortements spontanés répétés ne représentent qu'une faible proportion de l'ensemble des problèmes attribuables à l'appareil reproducteur (environ 0,5 p. 100 de toutes les grossesses). Néanmoins, leurs conséquences représentent un problème important chez les couples, car leurs chances de produire un enfant viable sont sérieusement réduites (aussi faibles que 20 p. 100, comme l'indiquent certaines études, contre 90 p. 100 chez la population normale).

2. Les coûts d'examens associés à la recherche des causes d'avortement incluent ceux des épreuves endocriniennes, du dépistage d'anticorps pour déceler des affections, telles la toxoplasmose, et la rubéole, ou de virus, tels le Cytomégalovirus et l'Herpes simplex (TORCH), et de la salpingographie. Ces interventions semblent bien justifiées et la surveillance prénatale est recommandée pour les grossesses ultérieures.

III. *Intervention*

Les couples présentant des antécédents d'avortements spontanés répétés doivent faire l'objet d'examens pour en dépister la cause éventuelle.

Bibliographie sélectionnée:

Barter, 1958; Byrd, 1977.

66 *Bactériurie en période de grossesse*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
1 Prévention secondaire et tertiaire: effective. Traitement: valeur à long terme non prouvée.	II-1	Examen microbiologique de l'urine.	B

Recommandation

1. Des preuves plus ou moins adéquates permettent de recommander d'inclure la bactériurie en période de grossesse à l'examen médical périodique pendant la grossesse.

2. Cette recommandation repose sur le fait que le dépistage et le traitement de la bactériurie de la femme enceinte ne présentent aucun danger et peuvent être bénéfiques. On en préconise donc le dépistage.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention secondaire est effective, car la bactériurie peut être assez bien décelée par l'analyse d'urine.

2. En ce qui concerne la prévention tertiaire, les antibiotiques permettront habituellement de l'enrayer. Des preuves de la catégorie II montrent qu'un tel traitement diminue la possibilité de récidive de l'affection pendant la grossesse. Toutefois, chez certaines femmes, l'infection urinaire se développera en l'absence de bactériurie manifeste.

3. Les avantages à long terme du traitement ne sont pas connus. Plusieurs mois ou même des années après la

grossesse, il est impossible de différencier, quant à la présence de bactériurie ou anomalies rénales, les femmes qui avaient été traitées pour bactériurie ou anomalies rénales des autres.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. La bactériurie survient chez moins de 10 p. 100 des femmes enceintes. Elle se manifeste, le plus souvent, pendant les trois premiers mois.

2. Les complications peuvent constituer un fardeau. L'infection urinaire en est une, même si nous ne connaissons pas la fréquence avec laquelle elle se manifeste, de même que nous ignorons si les problèmes urinaires sous-jacents sont plutôt la cause que la conséquence de la bactériurie. Nous ne connaissons pas non plus la relation entre la bactériurie et l'hypertension, la toxémie, la prématurité et la perte de foetus. Des preuves (de catégories I et II) manquent pour affirmer que la bactériurie joue un rôle dans leur apparition.

III. *Intervention*

1. On peut déceler la bactériurie avec précision par examen microbiologique de l'urine recueillie au milieu du jet. Des preuves de la catégorie III indiquent qu'un nettoyage préalable de la région vulvaire, effectué de façon standard, augmente la validité du test. D'autres tests comme le Dip-Slide, sont plus faciles et moins coûteux, mais ne sont pas aussi précis, ni aussi complets.

2. Comme la bactériurie peut apparaître à n'importe quel stade de la grossesse, il est actuellement d'usage de la dépister une fois par trimestre, ou seulement au cours du premier et du troisième trimestres, puis 6 semaines après l'accouchement.

3. Toute femme enceinte présentant une bactériurie doit être suivie de près. Si l'urine ne devient pas aseptique, rechercher les anomalies sous-jacentes (par ex., des lésions obstructives).

Bibliographie sélectionnée:

Gower, 1968; Kincaid-Smith, 1965; Lawson, 1973; Savage, 1967; Zinner, 1971.

---

67 *Caries dentaires*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
1 La prévention et le traitement donnent d'excellents résultats.	Application topique du fluorure: I. Eau fluorée: II-1. Counseling sur le régime alimentaire: II-2. Mesures préventives secondaires: III. Examen périodique: III. Fréquence des examens périodiques: III.	Examen visuel et tactile et radiographie au besoin. Application de fluorure chez les résidants des régions sans approvisionnements d'eau fluorée.	C Les groupes à risques élevés, ceux âgés de 3 à 20 ans. A

Recommandation

Il n'existe pas de preuves scientifiques permettant de recommander l'inclusion à l'examen médical périodique, mais une recommandation peut s'appuyer sur d'autres raisons.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Les mesures de prévention primaire sont la thérapie par le fluorure et les conseils diététiques. Le fluorure est l'agent le plus efficace pour empêcher les caries, particulièrement lorsqu'il est ajouté à l'eau potable: des études ont révélé une réduction d'au moins 50 p. 100 des caries chez les enfants. Les conseils diététiques, visant surtout à réduire l'ingestion de sucrose, sont efficaces, mais les habitudes alimentaires ne sont pas faciles à changer. On n'a pas étudié le ciment d'obturation assez longtemps pour déterminer son effet sur la prévention des caries.

2. Les mesures de prévention secondaire sont le diagnostic précoce et la prévention des caries par traitement des nouvelles lésions. Un programme d'entretien est essentiel.

3. Les mesures de prévention tertiaire, de nature technique et chirurgicale, sont plus complexes.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

1. De nombreux Canadiens éprouvent des douleurs causées par des caries dentaires. Une grande partie du coût annuel des services dentaires par personne (1976, $24.46) est attribuable au traitement des caries dentaires.

2. Les caries dentaires non soignées peuvent, en plus de causer des douleurs, entraîner d'autres complications. Pour les familles à revenu modeste et sans assurance pour soins dentaires, le fardeau économique peut être lourd.

B. Pour la société

1. Au Canada en 1974, deux décès pouvaient être directement reliés aux caries dentaires. Les caries dentaires affectent 98 p. 100 de la population. Le coût du traitement des caries peut dépasser celui de n'importe quelle autre maladie.

2. Le coût de la fluoration des approvisionnements publics en eau est peu élevé et ses avantages sont grands. Les personnes de 3 à 20 ans sont les plus exposées, mais l'entretien dentaire demeure une nécessité jusqu'à 60 ans.

III. *Intervention*

1. L'examen comprend des techniques visuelles et tactiles, de même que la radiographie. Il est sûr, simple, acceptable et expéditif.

2. Bien que les données sur la fréquence soient limitées, les examens annuels paraissent suffisants.

Bibliographie sélectionnée:

Burt, 1974; Davies, 1973; Koch, 1970; Mandel, 1970; McHugh, 1974; Navia, 1977; Nutrition, 1977; O.M.S. 1970; Sheiham, 1977; Torell, 1967.

---

68 *Troubles orthodontiques*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
La prévention et le traitement donnent d'excellents résultats.	Detection précoce: II-2. Traitement: II-2.	Examen de la bouche et radiographie.	B

Recommandation

Des preuves plus ou moins adéquates permettent de recommander l'inclusion de cette affection à l'examen médical périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La détection précoce de troubles éventuels permet une intervention précoce pouvant éliminer le besoin ultérieur de traitement prolongé.

2. Les techniques actuelles permettent de maintenir efficacement la longueur de l'arcade, de corriger les occlusions croisées, de soulager le chevauchement, de fermer les espaces indésirables et peu esthétiques, de remplacer les dents dont l'absence est congénitale et de corriger les malocclusions très prononcées.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

1. Les troubles orthodontiques non traités peuvent entraîner des malaises considérables. En plus des souffrances physiques, ces anomalies peuvent être la source de troubles affectifs et sociaux.

2. Le coût du traitement est élevé. Le traitement d'un cas grave de malocclusion coûte environ $1500 pour une période allant jusqu'à 24 mois.

B. Pour la société

1. De nombreux enfants âgés de 6 à 17 ans nécessitent des soins.

2. Les becs-de-lièvre et les fissures palatines comptent pour 13 p. 100 de toutes les anomalies congénitales. Selon une estimation, la fréquence des traitements nécessaires chez les enfants souffrant de telles anomalies est de 37 p. 100. Les enfants présentant une fissure palatine congénitale requièrent invariablement des soins orthodontiques.

3. Le coût élevé et la rareté des services dans certaines parties du Canada limitent les possibilités de soins.

4. Sans traitement, de 5 à 10 p. 100 de la population peut souffrir d'infirmité physique et de douleurs. Chez d'autres (10-15%), l'apparence des dents peut provoquer des malaises sociaux et psychologiques.

III. *Intervention*

1. Les besoins sont évalués suite à l'examen de moulages et de clichés de la bouche.

2. Le traitement et la prévention ont beaucoup de succès.

3. Les méthodes diagnostiques sont simples, sûres et acceptables. Le traitement requiert la collaboration du malade, mais le succès est presque toujours assuré.

4. Plusieurs examens annuels peuvent être requis après 6 ans afin d'évaluer le meilleur moment pour procéder à l'intervention. Les examens pour fins de dépistage ne sont pas requis quand le traitement est terminé, habituellement vers l'âge de 13 ou 14 ans.

Bibliographie sélectionnée:

Nutrition, 1977; Rehak, 1969; Report, 1975; Thompson, 1977.

69 *Parodontite*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
I Prévention et traitement: valeur non déterminée.	Efficacité des mesures préventives: III. Fréquence de l'examen: III.	Examens visuel et tactile; encourager l'hygiène buccale quotidienne.	C

Recommandation

Aucune preuve ne permet de recommander l'inclusion de cette affection dans l'examen médical périodique, mais la recommandation peut s'appuyer sur d'autres raisons.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention peut être primaire, sous forme de programme d'hygiène buccale à la maison, ou constituer une combinaison de mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire sous forme d'un traitement comprenant le nettoyage, le détartrage, la chirurgie et l'administration de médicaments.

2. Les mesures d'hygiène buccale pour enlever les plaques sur les dents sont les seuls moyens d'empêcher et de soigner les maladies du parodonte.

3. La parodontite peut être contenue par un programme rigoureux d'hygiène buccale, bien que la collaboration du malade puisse être un problème. L'incidence et la gravité de cette maladie sont directement reliées à l'hygiène buccale.

4. La prévention exige le brossage des dents, l'usage de la soie dentaire et une stimulation interdentaire enseignée par le personnel de soins dentaires doit insister surtout sur la nécessité de ces mesures pendant chaque visite.

5. Le dépistage et les soins précoces sont nécessaires pour établir un programme efficace d'hygiène buccale.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

La parodontite est à l'origine de la perte d'un grand nombre de dents et de douleurs pendant les derniers stades de cette maladie qui est la cause principale de la perte de dents chez les adultes.

B. Pour la société

1. L'affection est très répandue chez les individus de plus de 19 ans et elle évolue lentement par la suite. Les Canadiens de plus de 60 ans ont perdu 15 dents et plus de 50 p. 100 n'en ont plus. Les douleurs avant, pendant et après les extractions dues à la parodontite, affectent la majorité des gens à un moment ou l'autre de leur vie.

2. La parodontite est cause d'une perte de 25 p. 100 du temps de productivité attribuable aux maladies dentaires (4,1 millions d'heures au total). Le coût de la chirurgie et des remplacements des dents associés à cette affection est estimé à $142 millions.

3. Sur la totalité des coûts dentaires, 20 à 25 p. 100 sont attribués à la parodontite. En 1976, le coût par personne était de $24.46.

III. *Intervention*

1. L'intervention de dépistage comprend un examen tactile et visuel souvent complété par des clichés; cet examen est simple et inoffensif. Le coût est généralement compris dans celui de l'examen oral complet.

2. Comme la maladie apparaît fréquemment à 15 ans, l'examen pour fins de dépistage doit se faire dès l'âge de 12 ans.

3. Les examens et les recommandations doivent avoir lieu une fois par année en général, lors de l'examen oral qui se fait généralement à tous les 6 mois ou une fois par année.

Bibliographie sélectionnée:

McHugh, 1974; Nutrition, 1977; Shapiro, 1977; Suomi, 1971.

70 *Accidents de véhicules automobiles*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
I Indéterminée.	III	Contrôle de l'état médical sous-jacent; counseling pour les invalides; encourager l'usage de la ceinture de sécurité par tous, chauffeurs et passagers.	C

Recommandation

1. Aucune preuve pertinente scientifique ne permet d'inclure les conseils visant à éviter les accidents d'automobile pendant l'examen médical périodique. Mais ce counseling peut être maintenu en attendant les résultats d'autres recherches.

2. Il convient d'accorder une attention spéciale aux personnes particulièrement exposées du fait d'infirmités ou de troubles physiques.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. L'utilité et la valeur d'un examen médical périodique obligatoire et de l'émission restreinte de permis de conduire ne sont pas claires.

2. Les accidents reliés à des causes médicales ne sont pas fréquents (0,2 – 0,4 p. 100). Ces raisons auraient pu ne pas être toutes dépistées ou prévues pendant l'examen.

3. Les conseils visant à réduire la consommation excessive d'alcool, facteur contribuant aux accidents de véhicules automobiles, n'ont qu'un effet limité.

4. Le taux élevé d'accidents de véhicules automobiles impliquant des adolescents et de jeunes adultes est à l'origine de préoccupations particulières du fait qu'il constitue un phénomène résistant à toute approche préventive.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. En 1976 au Canada, les accidents de véhicules automobiles causaient 5110 décès (3723 hommes et 1387 femmes). Les accidents de véhicules automobiles représentaient 45,5 p. 100 de tous les décès accidentels. L'influence maximale se fait sentir chez les personnes du groupe d'âge de 15 à 24 ans: en 1976, dans ce groupe d'âge, les décès à la suite d'accidents de véhicules automobiles étaient de 1934.

2. Le nombre de blessures mortelles et non mortelles a diminué, mais le nombre d'accidents continue d'augmenter.

III. *Intervention*

1. Il est souhaitable de se concentrer sur les conducteurs ayant des troubles de santé, des infirmités physiques, ou extrêmement fatigués. Les organismes délivrant des permis exigent de signaler les patients pouvant constituer un danger au volant, à cause d'infirmité physique ou de troubles mentaux.

2. Il faut assurer la prévention ou le traitement primaire, ainsi que le contrôle de l'état médical sous-jacent et offrir des conseils aux patients sur les conséquences de leurs infirmités en ce qui concerne la sécurité routière.

3. L'usage des ceintures de sécurité doit être encouragé, particulièrement chez les enfants.

Bibliographie sélectionnée:

Galasko, 1975; Hossack, 1974; Korcok, 1974; Raffle, 1977.

71 *Accidents (autres que les accidents de véhicules automobiles)*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
I Aucune preuve disponible.	Ne peut être évaluée.	Se servir de l'examen médical périodique prévu pour d'autres motifs, afin d'encourager la sécurité à la maison et dans la collectivité.	C

Recommandation

Aucune preuve ne justifie l'inclusion de l'affection dans l'examen médical périodique, mais les recommandations peuvent porter sur d'autres aspects.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. En général, la prévention par l'éducation et l'encouragement à des pratiques de sécurité à la fois à la maison et dans la collectivité est efficace. Un traitement adéquat appliqué sur le lieu de l'accident s'avère également nettement bénéfique.

2. Tout comme pour les mesures concernant d'autres habitudes de vie, les mesures de prévention devraient être encouragées lorsqu'une personne se présente pour un examen périodique, prévu pour d'autres motifs.

3. On croit généralement qu'il est souhaitable qu'une personne subisse un examen physique avant de s'engager dans des activités ardues. On croit également que le conditionnement physique et l'entraînement réduisent la fréquence des blessures accidentelles, particulièrement lors des activités sportives et récréatives exigeant

une certaine habileté ou comportant un certain stress. Cependant, la documentation ne renferme aucun rapport sur la valeur de l'examen physique, du conditionnement ou de l'entraînement.

4. Un bon nombre d'accidents, autres que ceux impliquant des véhicules automobiles, se produisent à la maison. Les jeunes enfants et les personnes très âgées vivant seules y sont particulièrement exposés et beaucoup de ces accidents pourraient être évités par application du gros bon sens. Idéalement ces interventions sont effectuées par les infirmières qui visitent les foyers; elles peuvent évaluer les risques que représentent les médicaments et les substances corrosives pour les jeunes enfants et vérifier les pratiques de sécurité domestique pour juger si certaines situations sont dangereuses pour les enfants et pour les personnes âgées.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

Les accidents de cette catégorie demeurent une source de préoccupations, car ils représentent 54,5 p. 100 de tous les décès accidentels. En 1976 au Canada, 6050 personnes (4219 hommes et 1831 femmes) sont mortes de causes accidentelles.

III. *Intervention*

En ce qui a trait à l'examen médical périodique, nous devons insister sur la communication au public de renseignements sur la sécurité. L'examen médical périodique fournit au professionnel de la santé une occasion de souligner la nécessité de voir à la sécurité à la maison et dans la collectivité.

Bibliographie sélectionnée:

Allan, 1976; Deeths, 1971; Dershewitz, 1977; Manheimer, 1966.

72 *Scoliose*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
I Inconnue.	III	Examen physique par les infirmières dans les écoles.	C

Recommandation

1. Aucune preuve scientifique ne permet de conclure que le dépistage de masse de cas de scoliose soit nettement bénéfique. Jusqu'à ce que de meilleures preuves aient été établies, le dépistage de cette affection pendant l'examen médical périodique ne doit se faire que dans le contexte d'une étude d'évaluation.

2. Même si cette recommandation paraît sujette à caution, le Groupe d'étude insiste sur le manque de preuves valables quant aux bénéfices d'une thérapie donnée. Un modèle basé sur une étude comparée de cas, ou même une approche quasi-expérimentale pertinente, est particulièrement absent des rapports disponibles.

3. Indépendamment de la valeur du traitement, il est clair que les programmes de dépistage de masse ou de cas de scoliose donnent un rendement extrêmement faible.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention primaire est impossible.

2. L'efficacité du traitement n'est pas facile à déterminer parce que les études sont généralement compromises en raison des pertes ou de l'aspect fragmentaire des données de postobservation. En outre, l'amélioration spontanée se produit manifestement.

3. Les documents cités comme donnant une valeur positive à l'orthèse Milwaukee, par exemple, manquent de rigueur parce qu'aucun n'est basé sur un modèle d'étude de cas comparés à un témoin ou sur une toute autre approche quasi-expérimentale. En outre, alors qu'un auteur déclare que l'orthèse corrigera la scoliose ordinaire, le même auteur parlera de la «variabilité des résultats finaux». L'efficacité de l'orthèse Milwaukee ne peut être déterminée à partir d'une telle documentation.

4. On procède à la chirurgie chez relativement peu de patients atteints de scoliose et ceux-ci sont en général atteints de scoliose grave. Le traitement chirurgical empêchera la difformité de progresser, mais il faut y associer un certain taux de morbidité et de mortalité.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

L'impact de la scoliose idiopathique dépend de l'âge auquel le trouble est dépisté, de la gravité et de l'emplacement de la courbure et du reste de croissance squelettique à venir. Lorsque le dépistage est tardif, le taux de morbidité peut être important, particulièrement en ce qui a trait à la fonction cardio-pulmonaire.

B. Pour la société

Les effets de la scoliose idiopathique sur la société se rapportent aux coûts du traitement. Le coût total de la thérapie avec orthèse est d'environ $2000. Le coût total du traitement chirurgical atteint environ $5000, bien que les complications fassent augmenter cette somme.

III. *Intervention*

Lorsque le dépistage de la scoliose est simple (inspection de la colonne vertébrale d'un enfant qui fléchit le tronc, les mains jointes pointant entre les pieds), sa valeur est douteuse si on se base sur le rapport coût-bénéfice. De plus, les données d'observation éclairent peu sur ce que sont devenus les enfants décelés et traités grâce aux programmes de dépistage.

Bibliographie sélectionnée:

Andriacchi, 1976; Mellencamp, 1977; Piggott, 1976; Ponder, 1975.

73 *Pelvispondylite rhumatismale*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
1 Les deux présentent une valeur limitée.	III	Dépistage des personnes porteuses de l'antigène HLA B27.	C

Recommandation

Rien ne justifie l'inclusion de cette affection dans l'examen médical périodique.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Il n'existe pas de preuves attestant que l'apparition de cette maladie puisse être prévue.

2. Son traitement est partiellement efficace en ce qu'il aide le patient à rectifier son maintien plutôt qu'à le guérir. La thérapie pharmacologique (par ex. phénylbutazone, indométhacine) apporte un soulagement suffisant des douleurs et des malaises pour faciliter le maintien de chaque posture et diminuer ainsi la difformité de la colonne vertébrale. Pour certains, la thérapie est bénéfique.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Chez les Blancs, la fréquence (par 1000 personnes) est de 0,5 à 4 chez les hommes et de 0,05 à 0,5 chez les femmes.

2. La maladie survient le plus souvent entre 15 et 40 ans (rarement après 50 ans); elle atteint donc les personnes pendant les périodes productives de leur vie. Si la difformité n'est pas importante, elles peuvent continuer à avoir des activités sociales productives pendant des années.

III. *Intervention*

1. L'antigène HLA B27 héréditaire est décelable chez une grande proportion de patients atteints de pelvispondylite rhumatismale mais cette maladie ne se développe que chez 5 p. 100 des hommes et 0,6 p. 100 des femmes ayant reçu le gène HLA B27.

2. On ne sait pas comment le gène HLA B27 est relié à la susceptibilité et au développement de la pelvispondylite rhumatismale.

Bibliographie sélectionnée:

Schlosstein, 1973.

74 *Polyarthrite rhumatoïde*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
1 Prévention: inconnue. Traitement: passable.	III	Indéterminée.	C

Recommandation

Rien ne permet d'inclure cette affection à l'examen médical périodique, mais une recommandation peut s'appuyer sur d'autres aspects.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

Les renseignements relatifs à la prévention sont inadéquats. On ne sait pas, par exemple, si la présence du facteur rhumatoïde chez les populations normales implique une latence conduisant à une évolution ultérieure en polyarthrite rhumatoïde.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. On a constaté au cours d'une enquête effectuée entre 1970 et 1974 en Ontario que le taux de fréquence d'une période de deux semaines pour les épisodes d'arthrite et de rhumatisme variait de 6,2 à 8,8 p. 100 pour l'ensemble de la population.

2. Cette affection entraîne des conséquences socio-économiques considérables. On ne possède pas de données fiables sur l'absentéisme au Canada, mais en Grande-Bretagne, en 1966-1967, les employés assurés ont perdu 35 millions de jours de travail du fait de maladies reliées à l'arthrite et au rhumatisme; en 1969-1970, 37,2 millions de jours ouvrables furent perdus. Les troubles arthritiques et rhumatismaux comptaient en Grande-Bretagne pour près de 11 p. 100 des incapacités causées par cette maladie; seuls l'influenza et les accidents occasionnaient de plus grandes pertes de jours ouvrables. En ce qui concerne les coûts occasionnés aux États-Unis, le fardeau économique pour la société était, en 1972, évalué à au moins 4,5 milliards.

III. *Intervention*

On peut effectuer des tests semblables à ceux utilisés pour le dépistage du facteur rhumatoïde, mais l'importance de la présence de ce facteur n'est pas déterminée. L'intervention est inutile chez les enfants.

Bibliographie sélectionnée:

Acheson, 1973; Allander, 1973; Digest, 1974; Spitzer, 1976.

75 *Ulcère gastro-duodénal*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
1 Prévention: aucun moyen disponible. Traitement: effectif.	II-2	Anamnèse.	D

Recommandation

1. Il existe des preuves plus ou moins adéquates pour exclure cette affection de l'examen médical périodique.

2. Cette recommandation repose en partie sur le fait que des preuves pertinentes attestent que les ulcères gastro-duodénaux peuvent être traités efficacement, mais aucune ne démontre qu'ils peuvent être évités.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. En ce qui concerne la prévention secondaire, les techniques radiologiques et endoscopiques sont efficaces pour le diagnostiquer, tant au niveau de l'estomac qu'à celui du duodénum.

2. En ce qui concerne la prévention tertiaire, les moyens disponibles sont des mesures générales et l'usage de médicaments. Cette dernière mesure comprend des recommandations d'ordre général, comme le fait d'éviter les irritants gastriques, tels la caféine, l'acide acétylsalicylique et l'alcool, et de s'abstenir de fumer, habitude qui peut causer un reflux de bile.

3. La valeur des médicaments n'est pas établie avec certitude. Au cours d'une étude, on a trouvé que les patients souffrant d'ulcères gastriques tirent plus d'avantages de l'absorption d'antiacides que ceux atteints d'ulcères duodénaux, pour lesquels les résultats sont moins convaincants. On a donné des instructions précises sur le régime alimentaire à suivre, ainsi qu'un programme d'exercices physiques et on a vérifié si les patients s'y conformaient. Cependant, le petit nombre de patients impliqués représente une faille de cette étude. Dans une étude similaire, on a remarqué que le taux de cicatrisation était supérieur avec les antiacides; la douleur était soulagée à un degré similaire avec les antiacides et avec les placébos. Les chercheurs ont utilisé des doses ayant une capacité de neutralisation de 144 mEq, ce qui est supérieur aux médicaments utilisés dans d'autres études. De plus récentes études ont été entreprises pour étudier la valeur de la cimétidine et du carbénoxolone. Pour ce qui est de la cimétidine, plusieurs auteurs ont conclu que ce produit est supérieur aux placébos, mais ne peuvent le confirmer avec certitude. Le carbénoxolone est plus efficace que le placébo dans le traitement de l'ulcère gastrique, favorisant la guérison des ulcères dans 30 à 45 p. 100 des cas; cependant ce taux peut ne pas être très différent des résultats obtenus par les traitements traditionnels et, de plus, le carbénoxolone n'empêche pas la réapparition des ulcères.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

1. Aux États-Unis les ulcères gastro-duodénaux étaient, en 1969, classés au douzième rang comme cause d'absentéisme et au quinzième rang comme cause de décès.

2. Aux États-Unis, leur coût pour la société a été évalué à $1 milliard (dollars américains) par an.

3. L'ulcère gastro-duodénal est associé à la récidive, ce qui ajoute au fardeau: jusqu'à 75 p. 100 des ulcères gastriques réapparaissent pendant une période allant de 5 à 12 ans et de 75 à 80 p. 100 des ulcères duodénaux pendant les cinq années qui suivent leur apparition. Des complications (spécialement des hémorragies, des perforations, des obstructions et la perte d'efficacité du traitement) apparaissent dans 5 à 10 p. 100 des cas.

III. *Intervention*

1. L'analyse déterminera la nécessité de techniques diagnostiques supplémentaires, comme le repas baryté et l'endoscopie.

2. On n'a pas démontré que le dépistage de masse ou de cas soit plus bénéfique que l'examen des patients symptomatiques.

Bibliographie sélectionnée:

Anderson, 1978; Fordtran, 1978; Hollander, 1973; Pfeiffer, 1973; Pinder, 1976; Wallace, 1977.

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
1 L'acide chénodésoxycholique est d'une efficacité temporaire pour la prévention primaire et secondaire; aucune étude d'efficacité de l'acide CDC n'a été faite.	III	Le drainage duodénal de la bile sert de prévention primaire (usage peu fréquent); pour la prévention secondaire, cholécystographie et/ou drainage duodénal.	C

Recommandation

Il n'existe aucune preuve scientifique à l'appui de l'inclusion de la cholélithiase vésiculaire dans l'examen médical périodique et les recommandations peuvent porter sur d'autres aspects.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention primaire se rapporte aux troubles chimiques et physiques du métabolisme du cholestérol, provoquant la formation de calculs biliaires. Des essais cliniques ont montré que ces troubles peuvent être corrigés pendant 2 ou 3 mois par l'administration, par voie orale, d'acide chénodésoxycholique. Des études ont été effectuées auprès d'Indiens Pima, mais aucune étude longitudinale n'a permis d'évaluer l'efficacité de la thérapie à ce stade des troubles métaboliques.

2. La prévention secondaire se rapporte au stade où les calculs biliaires ne sont pas cliniquement «actifs», mais peuvent être dépistés par cholécystographie. L'acide chénodésoxycholique a été utilisé avec succès pour les dissoudre. Cependant, les études n'étaient pas contrôlées, effectuées de façon aléatoire, ou encore n'avaient été conçues que pour obtenir des résultats sur des effets à court terme. Ces études ne portaient pas, par surcroît, sur des calculs radio-opaques, compliquant ainsi la généralisation des conclusions.

3. Bien que l'acide chénodésoxycholique paraisse efficace, les études signalées ne touchent pas tous les aspects de son efficacité. De telles études sont actuellement en cours au Canada et aux États-Unis, mais les réponses aux questions primordiales ne seront disponibles que dans plusieurs années.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

1. Les taux sont de l'ordre de 4 pour 1000 chez les hommes et de 15 pour 1000 chez les femmes (données américaines). Pour les personnes de 50 à 65 ans, la fréquence est en moyenne de 13 p. 100, ce qui laisse supposer des années de vie perdues chez ceux qui souffrent de calculs biliaires. Pour certains groupes, le taux de fréquence est plus élevé; les Indiennes micmac du Canada, par exemple, ont un taux de fréquence de calculs biliaires de l'ordre de 210 pour 1000 et un taux d'affections à la vésicule biliaire de 240 pour 1000.

2. Le taux de mortalité est bas: en 1974, au Canada, le taux de mortalité brut pour les personnes affectées de lithiase vésiculaire était de 2,1 pour 100 000. Le taux de mortalité ne connaît aucune augmentation subite avant le milieu de la cinquantaine et les taux chez les hommes et les femmes ne diffèrent pratiquement pas avant 90 ans.

3. En essayant de tirer des conclusions du taux de morbidité causée par les lithiases vésiculaires, on se heurte au fait que les symptômes attribués aux calculs biliaires ne sont, très souvent, pas caractéristiques de cette affection. Il est impossible d'évaluer les graves douleurs attribuables aux calculs biliaires. Bien que la plupart d'entre eux soient asymptomatiques, le fardeau de souffrances est grave dès que les symptômes apparaissent. On évalue à 10 p. 100 chez les hommes et à 20 p. 100 chez les femmes du groupe d'âge de 55 à 64 ans, le nombre des individus atteints. Cette affection doit donc être considérée comme l'une des plus répandues, particulièrement chez les personnes âgées. Environ 0,45 p. 100 de la population du Canada subit une cholécystectomie après découverte d'anomalies à la cholécystographie.

B. Pour la société

1. Il est difficile d'évaluer le nombre de jours de travail perdus à cause de cette affection. En 1973, au Canada, le nombre de jours d'hospitalisation était en moyenne de 10,9 et, si on exclut les personnes de 0 à 19 ans ou de plus de 65 ans, le taux de celles qui ont subi une intervention chirurgicale ou ont été traitées par le médecin dépassait 4,5. Les données de 1968 démontrent que le taux de cholécystectomies était de 135 pour 100 000 hommes et de 487 pour 100 000 femmes.

2. Pour la société, le coût de la lithiase vésiculaire doit être assez considérable. En 1968, aux États-Unis, les frais d'hospitalisation et les honoraires médicaux étaient évalués à près d'un demi-milliard de dollars.

III. *Intervention*

1. Le drainage duodénal de la bile pour analyses chimiques (sursaturation de la bile par le cholestérol) sert de méthode de dépistage en prévention primaire. En pré-

vention secondaire, la méthode à deux phases consiste en une cholécystographie orale et en un drainage duodénal de la bile.

2. L'aspiration duodénale est une technique relativement nouvelle et sa valeur n'a pas encore été prouvée, sauf chez les personnes à risque élevé. La cholécystographie orale est une technique reconnue permettant d'identifier les calculs biliaires avancés (6 à 7 mm de diamètre). Les cholécystogrammes faussement positifs sont rares, mais la cholécystographie ne permet pas de déterminer le nombre de malades ayant des calculs biliaires et manifestant quand même des cholécystogrammes normaux (faussement négatifs). De plus, la cholécystographie provoque certains effets secondaires.

Bibliographie sélectionnée:

Bell, 1972; Coyne, 1975; Danzinger, 1972; Dowling, 1977; Friedman, 1966; Hofman, 1974; Ingerfinger, 1968; Thistle, 1973; Thistle, 1971.

---

77 *Malaises associés à la retraite*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
I Prévention: effective mais en grande partie psychologique.	III	Avant la retraite, dernier examen médical et counseling faisant partie d'une série d'examens médicaux périodiques subis au cours de la vie adulte.	C

Recommandation

L'examen médical effectué au moment de la retraite est d'un genre particulier et ne peut pas être comparé aux examens médicaux périodiques subis à d'autres étapes de la vie. Il est toutefois recommandé que cet examen porte sur plusieurs points dont le plus important est l'examen psychologique visant à prévenir les malaises associés à la retraite.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. Deux facteurs ont une certaine importance: l'accroissement du nombre des personnes atteignant l'âge de la retraite et l'abaissement de cet âge. La retraite impose, de plus, des changements immédiats chez les retraités.

2. La retraite a aussi bien des effets positifs que négatifs. Chez certains, la retraite peut être une période de tristesse et de dépression, plus particulièrement pendant les premiers mois, qui peuvent s'avérer difficiles au niveau de l'adaptation. La façon actuelle de penser permet de concevoir l'avenir d'une manière plus positive, et cette attitude devrait être encouragée pendant l'examen médical effectué au moment de la retraite.

3. Beaucoup d'organismes offrent des programmes visant à préparer les employés à la retraite. Bien qu'il n'existe pas de document sur leur valeur, ceux-ci sont sans doute très utiles. Pour ce qui est de l'aspect médical, les observations cliniques laissent supposer que les malaises associés à la retraite peuvent être atténués si les étapes suivantes sont franchies: établir une synthèse du profil médical de la personne; prévoir les problèmes de santé les plus susceptibles de survenir et déterminer la façon de les régler; rechercher toute affection latente pouvant être traitée avant la retraite; faciliter le remplacement du médecin de l'organisme par un médecin de famille. Ces étapes sont assez importantes pour justifier que les observations cliniques soient vérifiées par une recherche rigoureuse.

4. Les avantages d'un tel examen médical se constatent autant au plan physique qu'au plan psychologique. Sa valeur sera d'autant plus grande s'il fait suite à une série d'examens répartis sur plusieurs années. Si cette série d'examens *n'a pas* eu lieu, l'examen se fait donc «à vide», et ses avantages sont beaucoup moins grands; l'effort qu'il exige et l'inquiétude qu'il engendre ont un effet négatif qui n'est compensé par aucun avantage.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

Aucune affirmation claire ne peut être faite, mais en raison du nombre croissant de retraités, le fardeau social deviendra de plus en plus lourd si aucune solution n'est apportée à ce problème.

III. *Intervention*

Impossible dans le contexte actuel.

Bibliographie sélectionnée:

Dohrenwend, 1974; Donahue, 1960; Heidbreder, 1972; Jaslow, 1976; Shanas, 1970; Streib, 1971; Thompson, 1973.

78 *Incapacité progressive liée à l'âge*

Valeur de la mesure préventive/ curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandation
1 Dépistage des affections non déclarées et correction des conditions de vie défavorables.	II-2	Enquête effectuée à domicile par un professionnel de la santé, selon le mode organe-système, pour déceler les troubles au niveau physique, psychologique ou social et application de mesures ultérieures d'intervention au besoin.	B

Recommandation

1. Il existe des preuves plus ou moins adéquates permettant de recommander d'inclure cette affection dans l'examen médical périodique.

2. Le but d'un tel examen est de dépister au moins un des états pathologiques dès les premiers stades, compte tenu de la fréquence avec laquelle plusieurs affections peuvent se produire simultanément chez un même patient. La prévention et le dépistage sont particulièrement importants chez les personnes âgées afin de favoriser leur auto-suffisance et leur sécurité, et réduire ainsi leur dépendance. Un examen médical périodique est également important, parce que ces personnes âgées peuvent ne pas rechercher volontairement de l'aide.

I. *Valeur de la mesure préventive/curative*

1. La prévention peut être primaire si elle est entreprise assez tôt (voir états pathologiques particuliers: [hypothyroïdie; hyperthyroïdie; grippe; pneumonie; cancer du sein; cancer du côlon ou de la cavité buccale et glaucome]), ou lorsque des conditions insalubres de vie existent.

2. La prévention secondaire est importante parce qu'elle peut a) empêcher une crise ultérieure et b) alléger le fardeau de la personne, de sa famille et de la société.

3. Étant donné que plusieurs troubles (spécialement chroniques*) peuvent coexister chez une même personne et être traités dans une certaine mesure (les complications pouvant être évitées) et que plusieurs personnes âgées ne laissent pas voir leurs symptômes ou ne recherchent pas d'aide médicale, il convient qu'une approche systématique soit adoptée. On peut rechercher les altérations à la santé dans quatre principaux domaines: sensoriel, santé mentale, fonction locomotrice et activités quotidiennes. L'enquête doit porter sur les symptômes de perturbation fonctionnelle des systèmes.

4. De nombreuses études font état de la valeur des examens de dépistage de masse ou de cas en vue d'identifier les affections non décelées, mais traitables. Les examens de postobservation sont importants pour suivre l'évolution et dépister les autres troubles. Les anomalies à rechercher sont de nature somatique et psychiatrique.

II. *Fardeau actuel de souffrances*

A. Pour la personne

1. Les maladies dégénératrices, en particulier celles des appareils cardio-vasculaire, cérébro-vasculaire et ostéo-musculaire, sont plus fréquentes après 60 ans. Au moins 75 p. 100 des personnes de plus de 65 ans présentent une affection chronique entraînant l'incapacité à divers degrés.

2. Le nombre de jours au cours desquels les personnes âgées manifestent des signes d'incapacité augmente après 65 ans.

3. Paradoxalement, bien que le fardeau de souffrances puisse être considérable, il se peut que la personne âgée elle-même ou sa famille ne demande pas d'aide. Cette inaction peut s'expliquer par le point de vue erroné que n'importe quelle affection est une conséquence inévitable du vieillissement, par la méfiance ou la peur des professionnels de la santé, par la négation de l'existence de l'affection, ou par le fait qu'une affection particulière peut ne pas se manifester de façon habituelle.

4. Très souvent, c'est la famille qui doit supporter un énorme fardeau de souffrances.

B. Pour la société

1. Au fur et à mesure que la proportion des personnes de plus de 65 ans s'accroît, le coût social de tous les aspects des soins accordés à ces personnes âgées s'accroît également. En 1971, au Canada, les personnes de plus de 65 ans représentaient 8,1 p. 100 de la population canadienne et 35 p. 100 des jours d'hospitalisation. Au cours des 25 prochaines années, le nombre des personnes de plus de 65 ans doublera et celui des personnes de 75 ans et plus s'accroîtra de 2,5 fois.

2. Les personnes âgées utilisent énormément les installations de soins à domicile: en 1974 au Canada, 6 p. 100 des personnes de 65 ans et plus habitaient ces installations; la probabilité d'y entrer est plus élevée pour les personnes très âgées.

III. *Intervention*

1. On doit suivre une approche systématique pour le dépistage de masse ou de cas. Un simple schéma de trai-

* *Le terme est utilisé ici dans le contexte de la définition de la Commission sur les maladies chroniques. Une affection chronique signifie toutes les altérations ou déviations de l'état normal présentant au moins une des caractéristiques suivantes: permanence, incapacité résiduelle, état issu d'une altération pathologique irréversible, nécessité d'une rééducation spéciale pour la réadaptation du patient et perspective de surveillance, d'observation ou de cure prolongée.*

tement est utile et peut être utilisé et complété par un professionnel de la santé compétent, de préférence à domicile. Une enquête clinique détaillée comprend une évaluation physique qui doit être effectuée dans des cas particuliers. Lorsque les ressources ne permettent pas d'appliquer cette mesure souhaitable, le dépistage de masse ou de cas peut être effectué au cabinet du médecin, dans la mesure où il connaît bien les conditions au domicile.

2. Toute méthode de dépistage de masse ou de cas doit être conçue pour se concentrer sur les modifications ayant lieu dans quatre principaux domaines: sensoriel, santé mentale, fonction locomotrice et activités quotidiennes, y compris hygiène personnelle et besoins naturels. Cette approche doit comprendre une enquête générale sur les systèmes fonctionnels.

3. Des mesures appropriées doivent être prises à la suite du dépistage de masse ou de cas des troubles ou affections pouvant provoquer des problèmes de santé. Si des anomalies physiques ou mentales sont décelées, le médecin traitant peut ordonner un correctif ou un autre professionnel compétent peut l'ordonner également. Il peut s'avérer nécessaire d'avoir recours à du counseling familial ou à une modification des conditions de vie. De plus, la mesure prise devra être contrôlée, et, au besoin, d'autres mesures appliquées.

Bibliographie sélectionnée:

Anderson, 1976; Barber, 1976; Lowther, 1970; Pike, 1976; Williamson, 1964.

Résumé des conclusions et des recommandations

Cette partie comporte un résumé de nos conclusions sur la valeur de la prévention ou du traitement de chaque affection virtuellement évitable, une cote qualitative des preuves pour tous les aspects de l'affection, une description de l'action de dépistage correspondante ou de l'intervention préventive, et nos recommandations. Nous avons aussi signalé les groupes comportant un risque élevé pour lesquels les recommandations risquent de différer par rapport à l'ensemble de la population du même âge ou du même sexe. Nous avons fait des commentaires sur les priorités de recherche lorsque les preuves ne nous permettaient pas de prendre des décisions de façon satisfaisante sur les lignes de conduite professionnelle. Nous avons cité les principales références qui, d'après nous, s'avéraient utiles comme base de départ de la documentation scientifique sur l'affection.

Nous espérons que ce document aidera les enquêteurs qui étudieront les preuves concernant les avantages reliés à la détection précoce et à la prévention d'une affection donnée. Il devrait également permettre au lecteur de tirer ses propres conclusions concernant les preuves utilisées. Si le texte intégral des rapports des consultants avait été publié, ce document aurait été trop volumineux. Mais comme il contient une foule de renseignements de valeur académique et fort bien étudiés sur beaucoup d'affections, ce texte intégral devrait être disponible. C'est pourquoi tous ces rapports ont été photocopiés et sont disponibles auprès de la Direction des services de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, Canada, K1A 1B4.

Le tableau IIa présente, par ordre alphabétique, les affections étudiées par le Groupe d'étude, le Tableau IIb facilite la recherche des conclusions et de la bibliographie sélectionnée, le Tableau IIc donne le fondement des priorités pour la recherche et le Tableau IId présente, par ordre alphabétique, le nom des affections pour lesquelles un document de travail est disponible. Ces documents de travail sont disponibles soit séparément, soit globalement.

Tableau IIb

Le tableau IIb résume la valeur scientifique et les recommandations pour les 78 affections étudiées par le Groupe d'étude. La classification de la qualité des preuves et des recommandations est expliquée au chapitre 2. Le chapitre 3 détaille les preuves scientifiques qui appuient les recommandations du Groupe d'étude. L'astérisque (*) qui apparaît après certaines affections dénote qu'un document de travail préparé par un consultant est disponible. L'annotation «Priorité pour la recherche» qui apparaît sous l'en-tête 'Recommandations et commentaires' pour certaines affections est expliquée dans le tableau IIc.

Tableau IIb – Résumé de la valeur de la prévention et du traitement, de la qualité des preuves, des interventions et des recommandations se rapportant aux affections étudiées par le Groupe d'étude

Affection	Valeur de la mesure préventive/curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandations et commentaires		Bibliographie sélectionnée
1. Détresse respiratoire du nouveau-né*	Prévention: passable	II-1	Détection durant la grossesse de facteurs étiologiques indicateurs de risque élevé. Télé-surveillance (monitoring) du foetus durant le travail	B		GOODWIN, 1969 HOBEL, 1976 HOBEL, 1973 OTT, 1976 STEINER, 1975
2. Maladie hémorragique du nouveau-né	Prévention: effective	II-2	Vitamine K_1 1 mg à la naissance	B		MOUNTAIN, 1970 SUTHERLAND, 1967
3. Syphilis congénitale*	Prévention: généralement secondaire, puisque la mère est infectée Traitement: la pénicilline administrée avant la 16e semaine est généralement effective	II-2	Test sérologique	B A	Pour la population en général Pour les groupes à risque élevé	FIUMARA, 1975 HARTER, 1976 WILLCOX, 1975
4. Ophtalmie purulente (gonococcique) du nouveau-né*	Prévention: effective	II-2	Instillation dans chaque oeil d'un collyre au nitrate d'argent à 1%	A		BARSAM, 1966 REMINGTON, 1976 SNOWE, 1973
5. Hypothyroïdie du nourrisson*	L'efficacité du dépistage de cas est excellente. Le diagnostic pendant l'enfance améliore le pronostic du développement mental Traitement: très effectif	II-1	Épreuve de la tyrosine (T4) sur papier-filtre chez tous les nouveau-nés; épreuve à la TSH utilisée comme aide au besoin	A	On peut répéter l'épreuve T4 sérique au besoin. Groupe à risque élevé: nourrissons dont la mère a été traitée par iodures, propylthiouracil ou iode radioactif	DUSSAULT, 1975 DUSSAULT, 1976 KLEIN, 1972 WALFISH, 1976
6. Phénylcétonurie*	Le dépistage et le traitement sont très effectifs s'ils sont effectués entre le 4e et le 21e jour de vie	II-1	À des fins de dépistage, inhibition microbiologique (Guthrie) et épreuves fluorimétriques: il peut s'avérer nécessaire de répéter ces épreuves et d'effectuer une épreuve complémentaire de chromatographie sur papier	A	Puisque le dépistage du nouveau-né de moins de 4 jours peut résulter en une sous-estimation de l'état, la répétition de l'épreuve est justifiable	CHILDS, 1975 DOBSON, 1968 SCRIVER, 1974 STARFIELD, 1975
7. Luxation congénitale de la hanche*	Le dépistage précoce et/ou le dépistage de cas permet d'instituer une thérapie curative à temps	II-2	Examen clinique (flexion, abduction et manoeuvre d'Ortolani); confirmation radiographique	B		BARLOW, 1966 FREDENSBORG, 1976 MACKENZIE, 1972 SALTER, 1969 WALKER, 1977

Affection	Valeur de la mesure préventive/curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandations et commentaires		Bibliographie sélectionnée
8. Anomalies du tube neural*	La prévention primaire peut comprendre l'avortement; la valeur et l'efficacité sont difficiles à évaluer. Les tests décèlent environ 80% des cas d'anomalies du tube neural par défaut	II-1	Épreuve de dosage sérique de l'alpha-foetoprotéine (AFP) maternelle: en présence de résultats élevés, effectuer les épreuves complémentaires d'échographie et d'amniocentèse	B	Le dépistage devrait être accessible sur demande, aux femmes enceintes pourvu que les parents comprennent que la confirmation peut nécessiter un examen échographique et l'amniocentèse, et qu'ils soient prêts à accepter l'avortement thérapeutique si le foetus est affecté	BROCK, 1976 CHILDS, 1975 HAGARD, 1976 HUNT, 1973 MILUNSKY, 1976 RAPPORT, 1977
9. Fibrose kystique du pancréas* (mucoviscidose)	Prévention secondaire ou tertiaire. Le traitement précoce augmente les chances de survie et est associé à un meilleur pronostic	II-2	Dépistage: test à la sueur (par électrophorèse) au moins à deux reprises, et observation des signes cliniques	D B	Pour la population en général Pour les groupes à risque élevé: la fratrie de patients atteints de fibrose kystique du pancréas	BOWMAN, 1976 BRIMBLECOMBE, 1973 CHILDS, 1975 MEARNS, 1972 SHWACHMAN, 1970 STEPHAN, 1975 WARWICK, 1975
10. Dystrophie musculaire progressive (myopathie de Duchenne)*	Prévention: probablement efficace chez les porteurs identifiés Traitement: médiocre	III	Détermination de la créatinine phosphokinase sérique	C B	Pour la population en général Pour les groupes à risque élevé: parenté du sexe féminin de patients atteints de DMP	HUTTON, 1976 ROSES, 1976 ZELLWEGER, 1975
11. Malformation du septum interventriculaire*	Le traitement par occlusion chirurgicale de la communication interventriculaire est effectif	II-2	Anamnèse, examen clinique; radiographie de la poitrine, échocardiographie et cathétérisme cardiaque pour confirmer	B	Facteurs de risque élevé: histoire familiale positive, certains troubles chromosomiques, rubéole durant la grossesse, insuffisance pondérale du nouveau-né, prématurité et mère diabétique	ENGLE, 1972 KEITH, 1971 MOSS, 1970 RAPPORT, 1977
12. Maladie de Tay-Sachs	Prévention: effective Traitement: pas effectif	II-1	Mesure de la résistance de l'hexosaminidase sérique à l'inactivation par la chaleur; confirmation par amniocentèse	D B	Pour la population en général Le groupe à risque élevé, y inclus les couples de la race Ashkenazi juive	RAPPORT, 1976 CHILDS, 1975

Affection	Valeur de la mesure préventive/curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandations et commentaires		Bibliographie sélectionnée
13. Syndrome de Down (mongolisme)	Prévention: effective, mais le dépistage des femmes à risque élevé est relativement difficile Traitement: aucun	II-1	Anamnèse: si positive, amniocentèse, mais seulement si les parents sont prêts à accepter l'avortement s'il y a indication	D B	Pour la population en général Pour les groupes à risque élevé: parents porteurs de la translocation du chromosome 21, histoire familiale de mongolisme et âge maternel dépassant 35 ans.	CHILDS, 1975 NADLER, 1975 SIMPSON, 1976
14. Conséquences de l'alcoolisme des parents sur les enfants	Le counseling peut aider à réduire la consommation d'alcool chez les femmes enceintes et la morbidité chez leurs enfants	II-2	Conseiller de réduire la consommation d'alcool; la contraception chez les femmes alcooliques sexuellement actives; l'avortement des femmes à risque élevé qui acceptent cette intervention	B		ANONYME, 1977 CLARREN, 1978 HANSON, 1976 OUELLETTE, 1977
15. Maladies infectieuses contre lesquelles on peut s'immuniser						
Diphtérie	Prévention: bonne	I	Immunisation des personnes en bonne santé	A	Employer la dose pour adulte après 6 ans	
Rougeole	Prévention: bonne	I	Immunisation des personnes en bonne santé	A	L'immunisation est contre-indiquée chez les enfants ayant une histoire de convulsions et chez les femmes enceintes (quoique aucune réaction n'ait été relevée chez les gens allergiques aux protéines de l'oeuf, on conseille d'être prudent).	FOURTH REPORT, 1977 KRUGMAN RD, 1977 KRUGMAN S, 1977 LANDRIGAN, 1972 LEVINE, 1974
Oreillons	Prévention: bonne	I	Immunisation des personnes en bonne santé	A	L'immunisation est contre-indiquée chez les femmes enceintes, les personnes allergiques à la néomycine et les personnes souffrant d'états immuns altérés; précaution recommandée chez les personnes allergiques aux protéines de l'oeuf.	DUDGEON, 1975
Coqueluche	Prévention: bonne	I	Immunisation des personnes en bonne santé	A	Contre-indication: histoire familiale ou personnelle de convulsions immunisation non recommandée après l'âge de 6 ans	ÉDITORIAL, 1977 LINNEMANN, 1977 STATEMENT, 1975

Affection	Valeur de la mesure préventive/curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandations et commentaires		Bibliographie sélectionnée
Maladies infectieuses contre lesquelles on peut s'immuniser (suite)						
Poliomyélite	Prévention: bonne	I	Immunisation des personnes en bonne santé	A	Dans certaines circonstances, (e.g. immuno-déficients) il est préférable de se servir du vaccin inactivé Salk au lieu du vaccin par voie orale Sabin; contre-indications: traitement aux stéroïdes ou antileucémiques; conditions neurologiques e.g. sclérose en plaques; chirurgie buccale ou extraction de dents dans les 2 semaines précédant ou suivant l'immunisation; la grossesse n'est pas une contre-indication quand la protection est requise.	KRUGMAN, 1977 NIGHTINGALE, 1977
Rubéole	Prévention: bonne	I	Immunisation des enfants et/ou des filles et des femmes à risque	A	Le vaccin est contre-indiqué chez les femmes enceintes	KRUGMAN S, 1977 SCHOENBAUM, 1976
Tétanos	Prévention: bonne	I	Immunisation des personnes en bonne santé	A	Des inoculations répétées à intervalles rapprochés peuvent provoquer des réactions anaphylactiques	EDSALL, 1967 IPSEN, 1954
16. Maladies infectieuses affectant les voyageurs internationaux (variole, choléra, fièvre jaune, typhus, peste, fièvre typhoïde, hépatite virale)	L'immunisation est une mesure préventive effective, mais variable selon la maladie	I	Immunisation (attention aux contre-indications); gamma-globuline contre l'hépatite	E A	Pour la population en général Pour les voyageurs Contre-indications: – vaccin contre le typhus: allergie aux oeufs – vaccin contre la fièvre jaune: allergie aux oeufs, état immun altéré – vaccin contre la variole: troubles de la peau, état immun altéré	ANONYME, 1972 KRUGMAN, 1975
17. Tuberculose	Prévention: vaccin BCG effectif Traitement: la chimio-prophylaxie empêche l'aggravation de l'infection	I	Vaccination BCG et chimio-prophylaxie	E A	Pour la population en général Pour groupes à risque élevé	FOURTH REPORT, 1972 FRAPPIER-D'AVIGNON, 1975 GLASSROTH, 1977 TEN DAM, 1976

Affection	Valeur de la mesure préventive/curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandations et commentaires		Bibliographie sélectionnée
18. Autres maladies contre lesquelles on peut s'immuniser						
Influenza	Vaccin: effectif	I	Immunisation	E	Pour la population en général	RECOMMANDATIONS, 1977
				A	pour les groupes à risque élevé: l'immunisation est recommandée pour les personnes de 65 ans ou plus et pour ceux qui ont une maladie débilitante chronique Contre-indication chez ceux qui sont allergiques aux oeufs	WILLIAMS, 1973
Pneumonie à pneumocoques	Vaccin: effectif contre 80% des infections à pneumocoques	I	Immunisation	E	Pour la population en général	AUSTRIAN, 1977
				A	pour les groupes à risque élevé: personnes souffrant de maladie débilitante chronique, de drépanocytose ou d'asplénie. Ne pas revacciner avant 3 ans Le vaccin doit être évité chez les enfants âgés de moins de deux ans; les effets du vaccin sur le foetus sont inconnus.	
Méningite à méningocoques	Vaccin: effectif l'immunité dure de quelques mois à 3 ans	I	Immunisation	E	Pour l'ensemble de la population	RAPPORT, 1976
				A	Pour le groupe à risque élevé: les recrues militaires et les voyageurs dans des pays infectés Le vaccin du sérogroupe C doit être évité chez les enfants de moins de 2 ans; les effets du vaccin sur le foetus sont inconnus	RECOMMANDATIONS, 1977
19. Gastro-entérite aiguë de l'enfance*	Prévention: évidence anecdotique d'efficacité de l'allaitement maternel Traitement effectif chez les enfants dont les états de santé ne sont pas autrement affectés.	II-2	Pas encore disponible	D	La maladie grave arrive chez les enfants de moins de 2 ans Son expression tend à être influencée par des facteurs socio-économiques aussi bien que nutritionnels	GURWITH, 1977 LARSEN, 1978 MADELEY, 1977

Affection	Valeur de la mesure préventive/curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandations et commentaires		Bibliographie sélectionnée
20. Infection streptococcique hémolytique qui peut causer la glomérulonéphrite aiguë ou la fièvre rhumatismale aiguë*	Dans les collectivités soumises à certaines conditions, la prévention secondaire est effective	Dépistage chez la population en général: I Chez les groupes à risque élevé: III	Anamnèse relative à une infection par streptocoques bêta-hémolitiques; culture des sécrétions de la gorge	E C	Pour la population en général Groupes à risque élevé	LASCH, 1971 WOOD, 1964
21. Infection des voies urinaires*	On peut dépister certains cas, mais le rendement est faible. Le traitement est souvent suivi d'une réinfection	II-2	Analyse d'urine	D		ALLEN, 1974 ASSCHER, 1974 DODGE, 1974 FORBES, 1973 KUNIN, 1975 KUNIN, 1976 MARR, 1975 RANDOLPH, 1964 RICH, 1976
22. Toxoplasmose*	De bonnes mesures d'hygiène sont effectives	III	S'informer de l'exposition; le test sérologique pour le *Toxoplasma Gondii* et le counseling sur l'hygiène pour le groupe à risque élevé	C A	Pour la population en général Pour les groupes à risque élevé: femmes enceintes gardant un chat à la maison ou qui mangent de la viande crue	DESMONTS, 1974 KRICK, 1978 VIENS, 1977 VIENS, 1973
23. Maladies parasitaires autres que la toxoplasmose*	Les mesures hygiéniques sont effectives	III	Aucune intervention spécifique	C	Le groupe à risque élevé. (Au Canada, le groupe à risque élevé d'infections à *l'Ascaris lombricoides* et au *Giardia lamblia* peut inclure les Indiens et les Inuit.)	MATSEN, 1969 SIMON, 1974
24. Blennorragie	Prévention: valeur limitée Traitement: efficace si administré tôt	II-2	Frottis du col utérin et de l'urètre; culture des sécrétions du col utérin, et de l'urètre ainsi que des premières urines	D A A	Pour la population en général Les femmes enceintes doivent être examinées L'incidence est plus élevée chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels.	COOPER, 1976 RENDTORFF, 1974 SILVERSTONE, 1974
25. Syphilis	Prévention: valeur limitée Traitement: efficace s'il est administré assez tôt	II-2	Épreuves sérologiques	D A A	Pour la population en général Les femmes enceintes doivent être examinées L'incidence est plus élevée chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels	RITCHEY, 1975
26. Infection génitale par la chlamydia	Prévention: difficile Traitement: antibiotiques	III	Épreuves sérologiques, cultures, frottis	C		DAROUGAR, 1976 EMBIL, 1978 RICHMOND, 1976

Affection	Valeur de la mesure préventive/curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandations et commentaires		Bibliographie sélectionnée
27. Infections par le virus du groupe herpès de type 2 et infections à cytomégalovirus	Prévention: inconnue Traitement: inefficace	III	Épreuves sérologiques, cultures, examens microscopiques	C		AMSTEY, 1975 JOSEY, 1972
28. Insuffisance pondérale du nouveau-né	Prévention: une diète adéquate (particulièrement en protéines) est efficace; il est conseillé aux mères de renoncer au tabagisme	II-2	Consommation adéquate de calories et de protéines; fumer moins ou arrêter complètement	B		DONOVAN, 1977 LECKTIG, 1974 MEYER, 1976 SINGER, 1968 WINICK, 1970
29. Malnutrition	Prévention: l'efficacité n'en a pas encore été prouvée Traitement: plus ou moins efficace	III	Anamnèse; mesure de la taille et du poids et autres mesures anthropométriques; détermination du taux de protéines sériques chez les groupes à risque élevé	C B	Pour la population en général Pour les groupes à risque élevé: adolescentes, femmes enceintes, femmes allaitant pendant une période prolongée, personnes avec «marottes alimentaires», Amérindiens et Inuit	BERGNER, 1970 COMMITTEE, 1970 DIRECTION, 1976 JELLIFFE, 1973 MATERNAL, 1971 MCKIGNEY, 1976 NUTRITION, 1973 SCHLENKER, 1973 THOMSON, 1973 ZERFAS, 1977
30. Obésité chez les enfants*	La valeur de la prévention ou du traitement n'a pas été démontrée	III	Série de mesures précises de la taille et du poids	C		GARN, 1976 KNITTLE, 1971 MANN, 1974 SELTZER, 1970
31. Troubles de croissance (hormonaux)*	Traitement: valable et efficace pour une personnne de petite taille secondaire à l'hypothyroïdie, à l'hypopituitarisme et à l'hyperplasie surrénalienne congénitale	II-2	Enregistrement de la taille et du poids et autres mesures anthropométriques sur une fiche de croissance standardisée	B	Priorité pour la recherche	COMMITTEE, 1977 GUYDA, 1975 LACEY, 1974 McCLELLAND, 1976 TANNER, 1971
32. Problèmes parentaux y compris l'enfance maltraitée et négligée*	L'intervention peut être effective pour empêcher de maltraiter les enfants	Enfant maltraité II-1 Parentalité: III	Anamnèse, counseling; évaluation des interactions parents-enfants	A C	Enfant maltraité Parentalité Priorité pour la recherche	BALDWIN, 1975 BRAZELTON, 1975 FROMMER, 1973 GALDSTON, 1969 GRAY, 1976 HELFER, 1976 KLAUS, 1976 KLEIN, 1971 SMITH, 1974 VAN STOLK, 1972
33. Hyperactivité et difficultés d'apprentissage*	Prévention: n'est pas effective Traitement: efficace dans le cas de l'hyperactivité	Hyperactivité: I Difficultés d'apprentissage: II-2	Évaluer l'interaction parents-enfants: dépistage pédagogique pré-scolaire	C	Pour les deux affections Priorité pour la recherche	ARNOLD, 1977 CANTWELL, 1975 GITTELMAN-KLEIN, 1976
34. Troubles familiaux, problèmes conjugaux et sexuels*	Incertaine	III	Anamnèse; counseling	C	Priorité pour la recherche	PLESS, 1973 RAPPORT, 1976 SKYNNER, 1976 SMILKSTEIN, 1978

Affection	Valeur de la mesure préventive/curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandations et commentaires		Bibliographie sélectionnée
35. Troubles psychiatriques (troubles affectifs et suicide)*	Troubles affectifs d'ordre psychotique: le traitement est efficace Troubles affectifs d'ordre névrotique ou réactionnel: l'efficacité du traitement est incertaine Suicide: la valeur de la mesure préventive n'a pas été prouvée	I II-1 II-2	Il n'existe aucune intervention qui permette de déceler les prodromes	D	Pour toutes les affections Priorité pour la recherche	ANONYME, 1975 ANONYME, 1977 BARRACLOUGH, 1977 EASTWOOD, 1976 GOLDBERG, 1974 MILES, 1977
36. Tabagisme	Le counseling: efficace plutôt qu'effectif	Efficacité II-1 et II-2 Valeur: III	Anamnèse et counseling	C	Les patients à risque élevé incluent les femmes utilisant les contraceptifs oraux; les diabétiques; les hypertendus et/ou les gens ayant un cholestérol sanguin élevé; les personnes avec évidence de maladie due au tabagisme; les travailleurs de l'amiante, de la silice, du charbon, de l'uranium et des industries agricoles de grains Priorité pour la recherche	COMMITTEE, 1976 RAW, 1976 ROSE, 1975
37. Consommation d'alcool*	Prévention: pas encore effective Traitement: effectif jusqu'à un certain point	III	Anamnèse; conseils	C	Priorité pour la recherche	BAEKELAND, 1975 EDWARDS, 1977 OUELLETTE, 1977 PELL, 1973 SCHMIDT, 1975/76
38. Strabisme	La prévention secondaire de l'amblyopie est effective	II-1	Simple examen; examen d'obturation en alternance (cover-uncover test)	B	Priorité pour la recherche	OLIVER, 1971 TIBBENHAM, 1978
39. Vices de réfraction	Prévention: impossible Traitement: effectif	III	Mesure de l'acuité visuelle	C	Priorité pour la recherche	KOHN, 1976 PECKHAM, 1977
40. Troubles auditifs	Prévention: non valable Traitement: la thérapie correctrice offre certains avantages	II-2	Anamnèse et examen clinique	B	Les individus qui exigent un examen plus poussé sont les enfants chez qui les parents soupçonnent un problème, qui ne réagissent pas à un bruit nouveau hors de leur vision ou qui manifestent un déclin ou une absence de babillage, les enfants présentant un retard du développement ou un défaut de la parole, les adultes durs d'oreille ou qui ne répondent pas lorsqu'on leur parle Priorité pour la recherche	SHAH, 1977 TILLIS, 1978

Affection	Valeur de la mesure préventive/curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandations et commentaires		Bibliographie sélectionnée
41. Glaucome à angle ouvert*	Le traitement précoce prévient la perte d'acuité visuelle symptomatique	III	Examen du fond de l'oeil, évaluation du champ visuel et mesure de la tension intra-oculaire	C	Priorité pour la recherche	ANDERSON, 1977 GRAHAM, 1972 KITAZAWA, 1977 PHELPS, 1977 POLLACK, 1968 SHAFFER, 1977 WILENSKY, 1975 WILLIAMS, 1972
42. Hyperlipidémie*	Imprécise	III	Antécédents familiaux chez les jeunes hommes; dosage sérique du cholestérol et des triglycérides	C		DAVIS, 1977 MANN, 1977 STONE, 1977 STONE, 1974
43. Hypertension	Prévention: aucune Traitement: effectif	I	Mesure de la tension artérielle; examen et traitement au besoin	A	L'étiquetage doit être évité à moins qu'un traitement et une surveillance prolongés soient prévus	RAPPORT, 1977 FEIGENSON, 1977
44. Thalassémie*	Inconnue	III	Anamnèse; dépistage de masse en laboratoire; counseling	C B	Pour la population en général Pour les personnes d'âge parental originaires d'Asie, d'Afrique et de la Méditerranée. Comme les porteurs ne peuvent recevoir d'aide, on doit demander aux sujets à risque élevé s'ils désirent participer aux examens après les avoir mis au courant des faits pertinents Priorité pour la recherche	ALTER, 1976 NECHELES, 1974 PEARSON, 1973 PROPPER, 1977
45. Anémie ferriprive*	Prévention: possible Traitement: augmenter la concentration d'hémoglobine, mais sa valeur n'est pas certaine	III	Détermination de la concentration sanguine d'hémoglobine	C	Les groupes à risque élevé incluent les enfants prématurés, les enfants nés d'un accouchement multiple, les mères souffrant d'une déficience de fer et les personnes de situation socio-économique faible	ELWOOD, 1970 GARDNER, 1975 WEBB, 1974
46. Bronchite chronique*	Prévention: s'abstenir de fumer est associé à l'absence ou à une faible incidence d'obstruction des voies respiratoires et à un taux de mortalité inférieur attribuable aux troubles respiratoires. Traitement: cesser de fumer est effectif	II-1	Encourager à ne pas fumer; counseling	D		BURROWS, 1969 DOLL, 1964 FLETCHER, 1975 MACKLEM, 1974 RAW, 1976

Affection	Valeur de la mesure préventive/curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandations et commentaires		Bibliographie sélectionnée
47. Carence en alpha-1-antitrypsine*	Prévention et traitement: indéterminés	II-1	Encourager à ne pas fumer	D		KUEPPERS, 1974 LIEBERMAN, 1976 MORSE, 1975
48. Cancer du sein	L'examen physique et la mammographie permettant de déceler cette affection au début ont abaissé le taux de la mortalité chez les femmes âgées de 50 à 59 ans	I	Pour les femmes âgées de 50 à 59 ans: mammographie et examen des seins annuellement	A	Priorité pour la recherche	BAUM, 1978 MACMAHON, 1973 MOSKOWITZ, 1975 SHAPIRO, 1971
49. Cancer du col de l'utérus	Prévention et traitement: efficaces	II-1	Frottis Papanicolaou	B	Chez les femmes ayant des relations sexuelles, examen au moins à tous les 3 ans jusqu'à l'âge de 35 ans et à tous les 5 ans par la suite Pour les groupes à risque élevé (l'activité sexuelle précoce, variété de partenaires sexuels) les examens devraient être faits au moins une fois par année Priorité pour la recherche	THE WALTON, 1976
50. Cancer du côlon et du rectum*	Prévention: passable, certaines preuves attestent de la valeur de la prévention secondaire suite au dépistage par sigmoïdoscopie Traitement: passable avec la chirurgie au cours de la phase présymptomatique	I et II-2	Recherche de sang occulte dans les selles	B	Les groupes à risque élevé incluent les patients ayant une histoire de colite, de polypose familiale, d'adénomes villeux ou une histoire familiale de cancer du côlon Priorité pour la recherche	GREEGOR, 1971 KASSIRA, 1976 ZAMCHECK, 1975
51. Cancer du poumon (cancer broncho-pulmonaire)*	Prévention: arrêt du tabagisme efficace	II-1	Aucune déclarée valable	D	Priorité pour la recherche	DOLL, 1964 MELAMED, 1977 MILLER, 1977 PORTER, 1972
52. Cancer de l'estomac	Certaines preuves attestent de la valeur de la prévention secondaire par le dépistage utilisant l'endoscopie, la photofluorographie et l'analyse cytologique gastrique	III	Photofluorographie; lavage salin et examen cytologique; recherche de sang occulte dans les selles	C	Terre-Neuve est une région à risque élevé	CORREA, 1975 HISAMICHI, 1976 HUSAIN, 1976 LANGMAN, 1967 RAVEN, 1967
53. Cancer de la prostate*	Prévention: aucune preuve Traitement: aucune preuve de son efficacité pour le moment	III	Toucher rectal; massage de la prostate et examen cytologique; détermination de la phosphatase acide sérique	C		BYAR, 1973 COUNE, 1978 FOTI, 1977 MEARES, 1972 OWEN, 1976 ROTKIN, 1977 SCHUMAN, 1977 ZEIGEL, 1977

Affection	Valeur de la mesure préventive/curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandations et commentaires		Bibliographie sélectionnée
54. Cancer de la vessie	Prévention: aucune connue Traitement: passable	III II-1	Examen cytologique de l'urine	D B	Pour la population en général Groupes à risque élevé: comprennent les travailleurs exposés aux agents cancérigènes de la vessie et les fumeurs	TROTT, 1976
55. Cancer de la peau	Prévention: aucune connue Traitement: effectif	II-1	Counseling, examen	D B	Pour la population en général Les groupes à risque élevé comprennent les gens qui travaillent à l'extérieur et ceux qui sont en contact avec les hydrocarbures aromatiques polycycliques	EMMETT, 1975 MIHM, 1976 WEARY, 1971 ZAGULA-MALLEY, 1974
56. Maladie de Hodgkin	Prévention: pas effective Traitement: relativement effectif	III	Examen, radiographie	C		BOYD, 1978 KAPLAN, 1972
57. Cancer de la cavité buccale*	Prévention: aucune connue Le dépistage précoce est possible, mais on ne connaît pas son effet. Le traitement dépend de l'emplacement de la lésion	Détection précoce: III Valeur du traitement prodigué: II-1	Examen visuel	C	Risque accru pour les hommes et tous les fumeurs La sensibilité du diagnostic précoce est augmentée par le test au bleu de toluidine, la cytologie et/ou la biopsie quand indiquées, par l'examen clinique	BOLDEN, 1977 MYERS, 1970 NUTRITION, 1977 WEIR, 1969
58. Diabète sucré chez l'adulte (à l'exclusion des femmes enceintes)*	Le traitement des personnes asymptomatiques ne s'est pas révélé effectif dans le contrôle des complications	I; II-2	Recherche du glucose dans l'urine; glycémie à jeun et postprandiale	D B	Pour la population en général Les facteurs de risque élevé comprennent: une histoire familiale de diabète, des anomalies associées à la grossesse et des anomalies physiques, comme des troubles circulatoires et des troubles vasculaires marqués	CAHILL, 1976 CROFFORD, 1975 FAJANS, 1972 GOODKIN, 1975 ORZECK, 1971 PELL, 1970 PROUT, 1975 UNIVERSITY, 1975
59. Hyperthyroïdie*	Le traitement est effectif, mais il n'est pas nécessaire durant la période asymptomatique	II-2	Dosage sérique de la thyroxine et de la triiodothyronine et l'index de saturation TBG (thyroxine binding globulin)	D		FURSZYFER, 1970 TUNBRIDGE, 1977
60. Hypothyroïdie*	Le traitement de l'hypothyroïdie clinique est effectif	III	Examen clinique chez les femmes en période post-ménopausique	C	Priorité pour la recherche	BARBER, 1977 TUNBRIDGE, 1977

Affection	Valeur de la mesure préventive/curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandations et commentaires		Bibliographie sélectionnée
61. Ménopause	La prévention est impossible puisque les femmes qui sentiront des symptômes vasomoteurs ne peuvent être identifiées Le traitement des bouffées de chaleur, de la sécheresse vaginale et des troubles de l'humeur est effectif	III	Mesure de la concentration plasmatique d'oestradiol	C		DETRE, 1978 MONROE, 1977 UTIAN, 1976
62. Incompatibilité sanguine foeto-maternelle*	Les deux mesures sont très effectives. Administration d'immunoglobulines anti-Rh positif aux femmes Rh-négatives	I	Détermination du groupe sanguin et recherche des anticorps	A		BOWMAN, 1970 QUEENAN, 1967 ZIPURSKY, 1977
63. Grossesse non désirée chez les adolescentes	Peu de preuves à l'appui pour prévenir la 1ère grossesse Bonnes preuves à l'appui pour prévenir la 2e grossesse	III I	Counseling sur la contraception à la première visite et par la suite; avortement	B A		FURSTENBERG, 1976 JEKEL, 1975 TIETZE, 1976
64. Accouchement prématuré	Pour incompétence du col de l'utérus: passable Pour d'autres causes d'accouchement prématuré: études plus poussées nécessaires	II-2 III	Anamnèse; cerclage du col de l'utérus Anamnèse; traitement pharmacologique; accouchement dans des centres spécialisés	B C	Priorité pour la recherche	BARTER, 1958 LIGGINS, 1973
65. Avortement spontané répété	Les facteurs virtuellement responsables sont identifiables dans 30% des cas, mais ils ne peuvent pas tous être traités	III	Enquête pour dépister les causes possibles	C		BARTER, 1958 BYRD, 1977
66. Bactériurie en période de grossesse*	Prévention secondaire et tertiaire: effective Traitement: valeur à long terme non prouvée	II-1	Examen microbiologique de l'urine	B		GOWER, 1968 KINCAID-SMITH, 1965 LAWSON, 1973 SAVAGE, 1967 ZINNER, 1971

Affection	Valeur de la mesure préventive/curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandations et commentaires		Bibliographie sélectionnée
67. Caries dentaires*	La prévention et le traitement donnent d'excellents résultats	Application topique du fluorure: I Eau fluorée: II-1 Counseling sur la diète: II-2 Mesures préventives secondaires: III Examen périodique: III Fréquence des examens périodiques: III	Examens visuel et tactile et radiographie au besoin Application du fluorure chez les résidants des régions sans approvisonnements d'eau fluorée	C A	Les groupes à risque élevé sont ceux âgés de 3 à 20 ans Priorité pour la recherche	BURT, 1974 DAVIES, 1973 KOCH, 1970 MANDEL, 1970 MCHUGH, 1974 NAVIA, 1977 NUTRITION, 1977 O.M.S., 1970 SHEIHAM, 1977 TORELL, 1967
68. Troubles orthodontiques*	La prévention et le traitement donnent d'excellents résultats	Détection précoce: II-2 Traitement: II-2	Examen de la bouche et radiographie	B	Priorité pour la recherche	NUTRITION, 1977 REHAK, 1969 RAPPORT, 1975 THOMPSON, 1977
69. Parodontite*	Prévention et traitement: valeur non déterminée	Efficacité des mesures préventives: III Fréquence de l'examen: III	Examens visuel et tactile; encourager l'hygiène buccale quotidienne	C	Priorité pour la recherche	MCHUGH, 1974 NUTRITION, 1977 SHAPIRO, 1977 SUOMI, 1971
70. Accidents de véhicules automobiles*	Indéterminée	III	Contrôle de l'état médical sous-jacent, counseling pour les invalides, encourager l'usage de ceintures de sécurité pour les chauffeurs et tous les passagers	C	Une attention spéciale devrait être apportée aux personnes à risque élevé secondaire aux défauts physiques et aux infirmités	GALASKO, 1975 HOSSACK, 1974 KORCOK, 1974 RAFFLE, 1977
71. Accidents (autres que les accidents de véhicules automobiles)	Aucune preuve disponible	Ne peut être évaluée	Se servir de l'examen médical périodique prévu pour d'autres motifs afin d'encourager la sécurité à la maison et dans la collectivité	C	Une proportion importante d'accidents arrive à la maison, où les jeunes enfants et les vieillards sont particulièrement exposés	ALLAN, 1976 DEETHS, 1971 DERSHEWITZ, 1977 MANHEIMER, 1966

Affection	Valeur de la mesure préventive/curative	Qualité des preuves	Intervention	Recommandations et commentaires	Bibliographie sélectionnée
72. Scoliose*	Inconnue	III	Examen physique par les infirmières dans les écoles	C	ANDRAIACCHI, 1976 MELLENCAMP, 1977 PIGGOTT, 1976 PONDER, 1975
73. Pelvispondylite rhumatismale	Les deux présentent une valeur limitée	III	Dépistage des personnes porteuses de l'antigène HLA B27		SCHLOSSTEIN, 1973
74. Polyarthrite rhumatoïde	Prévention: inconnue Traitement: passable	III	Indéterminée	C	ACHESON, 1973 ALLANDER, 1973 DIGEST, 1974 SPITZER, 1976
75. Ulcère gastro-duodénal	Prévention: aucun moyen disponible Traitement: effectif	II-2	Anamnèse	D	ANDERSON, 1978 FORDTRAN, 1978 HOLLANDER, 1973 PFEIFFER, 1973 PINDER, 1976 WALLACE, 1977
76. Cholélithiase*	L'acide chénodésoxycholique est d'une efficacité temporaire pour la prévention primaire et secondaire; aucune étude n'a été faite sur la valeur de l'acide CDC	III	Le drainage duodénal de la bile sert de prévention primaire (usage peu fréquent); pour la prévention secondaire, cholécystographie et/ou drainage duodénal	C	BELL, 1972 COYNE, 1975 DANZINGER, 1972 DOWLING, 1977 FRIEDMAN, 1966 HOFMAN, 1974 INGELFINGER, 1968 THISTLE, 1973 THISTLE, 1971
77. Malaises associés à la retraite*	Prévention: effective, mais en grande partie psychologique	III	Avant la retraite, un dernier examen médical et le counseling faisant partie d'une série d'examens médicaux périodiques subis au cours de la vie adulte	C	DOHRENWEND, 1974 DONAHUE, 1960 HEIDBREDER, 1972 JASLOW, 1976 SHANAS, 1970 STREIB, 1971 THOMPSON, 1973
78. Incapacité progressive liée à l'âge*	Dépistage des affections non déclarées et correction des conditions de vie défavorables	II-2	Enquête effectuée à domicile par un professionnel de la santé, selon le mode organe-système pour déceler les troubles aux niveaux physique, psychologique ou social et application de mesures d'intervention ultérieures au besoin	B	ANDERSON, 1976 BARBER, 1976 LOWTHER, 1970 PIKE, 1976 WILLIAMSON, 1964

Tableau IIc – Fondements des priorités pour la recherche*

Affection	Priorité	Commentaires
31. Troubles de croissance (hormonaux)	++	Pour déterminer la fréquence optimale des mensurations
32. Problèmes parentaux y compris l'enfance maltraitée et négligée	+++	Pour identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
33. Hyperactivité et difficulté d'apprentissage	++	Pour déterminer la spécificité et la sensibilité des instruments de mesure, les groupes à risque de difficulté d'apprentissage et la valeur des interventions précoces pour les groupes à risque élevé
34. Troubles familiaux, problèmes conjugaux et sexuels	+	Pour déterminer la valeur des mesures préventives
35. Troubles psychiatriques (troubles affectifs et suicide)	+	Pour déterminer si la recherche des états de dépression et intentions suicidaires au cours de l'examen médical périodique, suivie de thérapie des cas identifiés, fait plus de bien que de tort
36. Tabagisme	+	Pour établir la valeur du counseling comme moyen d'arrêt et, si ce moyen n'est pas effectif, rechercher de meilleures méthodes pour arrêter de fumer
37. Consommation d'alcool	+	Pour déterminer si le counseling est efficace comme moyen de réduire la consommation d'alcool
38. Strabisme	+	Pour déterminer la fréquence optimale des examens
39. Troubles de réfraction	++	Pour déterminer la valeur du diagnostic présymptomatique des troubles de réfraction
40. Troubles auditifs	++	Pour déterminer la valeur du diagnostic précoce et les moyens de diagnostic disponibles
41. Glaucome à angle ouvert	++	Pour obtenir des données sur l'épidémiologie et l'évolution naturelle des différentes sortes de glaucome, la valeur du traitement et la conformité au traitement à long terme par les patients, l'habilité de différents professionnels de la santé à faire un examen du fond de l'oeil et l'intervalle entre les examens de dépistage chez les différents groupes d'âge et chez les personnes souffrant ou non d'hypertension oculaire
44. Thalassémie	+	Pour déterminer la valeur de la mesure préventive
48. Cancer du sein	+++	Pour déterminer les avantages respectifs de la mammographie et de l'examen clinique, la fréquence optimale de ces interventions, les avantages de ces techniques pour les groupes d'âge autres que la 6e décennie et surtout pour ceux de la 5e décennie, les risques, associés aux irradiations émises par les appareils courants, l'acquiescement des bénéfices découlant spécifiquement de l'auto-examen des seins d'une population non choisie, et l'avantage que suppose le recours aux services des professionnels de la santé associés dans les programmes de dépistage
49. Cancer du col utérin	+	Pour déterminer l'âge optimal et la fréquence des examens
50. Cancer du côlon et du rectum	++	Pour déterminer la sensibilité, la spécificité, l'acceptabilité, les effets secondaires et la fréquence appropriée d'examens simples tels que la recherche de sang occulte dans les selles puisque la qualité de la preuve du grade I n'est valable que pour la sigmoïdoscopie comme mesure préventive

* + = priorité pour la recherche; + + = priorité élevée pour la recherche; + + + = priorité élevée et urgente pour la recherche.

Affection	Priorité	Commentaires
51. Cancer du poumon (cancer bronco-pulmonaire)	+	Pour déterminer la valeur des stratégies actuelles de prévention du tabagisme et, si cela n'est pas satisfaisant, rechercher de meilleures méthodes pour maintenir l'abstention de fumer
60. Hypothyroïdie	++	Pour obtenir des preuves que le traitement de l'hypothyroïdie asymptomatique (bio-médicale) modifie l'évolution naturelle de la maladie
64. Accouchement prématuré	+	Pour déterminer la façon d'identifier les cas à risque élevé et la valeur des traitements courants
67. Caries dentaires	+	Pour déterminer la fréquence optimale des examens
68. Troubles orthodontiques	+	Pour déterminer la fréquence optimale des examens
69. Parodontite	+	Pour déterminer la fréquence optimale des examens et la valeur du counseling en hygiène buccale

Tableau IID –

Les 45 rapports séparés, disponibles au su et avec l'autorisation des auteurs, n'ont été révisés, ni traduits. Les textes originaux sont en anglais, exceptés ceux sur la Malnutrition *et la* Toxoplasmose, *qui sont en français.*

Les rapports des consultants ont été répertoriés en 9 groupes (fiches) sous le numéro de fiche 80-0571. (Les fiches peuvent être obtenues séparément en indiquant le numéro de fiche et le groupe). Le nombre de pages pour chaque rapport est indiqué.

		Nombre de pages
Groupe 1	Détresse respiratoire du nouveau-né	56
	Syphilis congénitale	7
	Ophtalmie purulente (gonococcique) du nouveau-né	4
	Hypothyroïdie du nourrisson	6
	Phénylcétonurie	4
	Luxation congénitale de la hanche	6
	Infection streptococcique hémolytique	9
Groupe 2	Anomalie du tube neural	17
	Fibrose kystique du pancréas	10
	Dystrophie musculaire progressive	14
	Malformation du septum interventriculaire	17
	Syndrome de Down (mongolisme)	6
	Gastro-entérite aiguë de l'enfance	23
	Infection des voies urinaires	5
Groupe 3	Toxoplasmose	6
	Maladies parasitaires autres que toxoplasmose	4
	Malnutrition	36
	Obésité chez les enfants	8
	Thalassémie	5
	Troubles de croissance (hormonaux)	7
	Anémie ferriprive	4
	Incompatibilité sanguine foeto-maternelle	5
	Bactériurie en période de grossesse	11
	Scoliose	5
Groupe 4	Problèmes parentaux y compris l'enfance maltraitée et négligée	48
	Hyperactivité et difficultés d'apprentissage	23
	Troubles familiaux, problèmes conjugaux et sexuels	23
Groupe 5	Troubles psychiatriques (troubles affectifs et suicide)	22
	Malaises associés à la retraite	33
	Incapacité progressive liée à l'âge	9
Groupe 6	Consommation d'alcool	47
	Accidents de véhicules automobiles	35

Groupe 7	Glaucome à angle ouvert	51
Groupe 8	Hyperdipidémie	23
	Bronchite chronique et carence en alpha-1-antitrypsine	7
	Diabète sucré chez l'adulte (à l'exclusion des femmes enceintes)	15
	Hyperthyroïdie et hypothyroïdie	10
	Cholélithiase	31
Groupe 9	Cancer du côlon et du rectum	16
	Cancer du poumon (broncho-pulmonaire)	4
	Cancer de la prostate	12
	Cancer de la cavité buccale	14
	Caries dentaires	26
	Troubles orthodontiques	8
	Parodontite	12

Les RAPPORTS DES CONSULTANTS (document de travail) sont disponibles sur microfiches ou imprimés de:

MICROMEDIA LIMITED
144, RUE FRONT OUEST
TORONTO, ONTARIO
CANADA M5J 1G2
Les commandes sont payables à l'avance, à: Micromedia Limited

Prix: $5.00 la fiche
$0.25 la page pour imprimés
Commande minimale: $15.00
Numéro de fiche: 80-0571

CHAPITRE 4

Un plan d'examens médicaux périodiques pour chaque tranche de vie — ensembles de protection sanitaire

Introduction

Compte tenu du consensus obtenu suite à l'évaluation des preuves et aux opinions des experts, nous avons élaboré un plan d'ensembles de protection sanitaire par tranches de vie. Les affections visées, les mesures de dépistage recommandées, le nombre d'examens proposé et les observations appropriées sont résumés dans les tableaux de ce chapitre.

Nous recommandons l'abandon de l'examen annuel général tel qu'il est effectué en Amérique du Nord de façon quasi rituelle depuis plusieurs décennies. Nous pensons qu'il n'a aucun but précis, qu'il est trop général, en particulier chez l'adulte, s'avère inefficace et parfois même dangereux.

Nous suggérons de le remplacer par plusieurs ensembles de protection sanitaire, à titre d'intervention *sélective* en médecine préventive, afin d'aider les professionnels de la santé et de permettre au système de services sanitaires de se concentrer sur l'identification et le traitement précoce d'affections virtuellement évitables. Les mesures de dépistage doivent se limiter aux cas où il est prouvé qu'il y a avantage à entreprendre des opérations de dépistage à des fins curatives et ces mesures doivent garantir l'identification des problèmes de santé avec la sensibilité, la spécificité et une valeur de prédiction voulues, acceptables aux patients et d'un coût justifiable.

Un ensemble de protection sanitaire représente plusieurs mesures (comme la mesure de la pression artérielle, ou le test gaïac) et interventions (comme l'immunisation et le counseling) devant être effectuées *pendant* une certaine tranche de vie d'une personne, ou, parfois, à *un* certain âge. Tout au long de la vie, la durée des intervalles entre la mise en application du contenu de cet ensemble pourra varier. Ainsi, cette durée pourra varier de quelques semaines au cours des premiers mois qui suivent la naissance, pour devenir plus longue à mesure que l'enfant grandit. Même pour la période prénatale, cette durée peut varier considérablement. Pour une personne adulte (grossesse exceptée) de moins de 74 ans, nous recommandons arbitrairement un intervalle moyen de 5 ans. Ce choix est arbitraire parce qu'il n'y a aucune preuve démontrant une durée optimale pour la plupart des composants de l'ensemble. Nous avons, cependant, des preuves sur la fréquence des visites au médecin pour une raison quelconque. Il semble que ce soit tous les cinq ans durant l'âge adulte (D'SOUZA, 1976). De même pour les vieillards de plus de 75 ans, l'accroissement de la fréquence des maladies et des incapacités, ainsi que de celle des visites aux professionnels de la santé, démontre que cette fréquence tombe à 2 ans.

Comme les tableaux suivants le montrent, certains éléments classiques de l'évaluation médicale périodique furent retenus; d'autres furent rejetés, tels l'électrocardiogramme, l'examen de l'abdomen et le toucher rectal chez l'adulte. Bien que le taux de triglycérides ne soit pas recommandé, on insiste beaucoup sur le dépistage de l'hypertension. Certains examens préventifs, comme la mammographie dans le dépistage du cancer du sein chez la femme, furent recommandés dans le cadre d'une éva-

luation rigoureuse en raison de la controverse entre cette activité et les risques et avantages coexistants éventuels. Parmi les activités préventives, on a inclus les conseils prodigués lorsque l'on note des facteurs de risques élevés, tels l'abus du tabac et l'alcoolisme; mais c'est avec un optimisme réservé que les preuves attestant de leur validité sont attendues. Nous pensions que ces conseils ne s'avéreraient pas dangereux, s'ils étaient judicieusement prodigués par les médecins ou ceux qui dispensent les premiers soins.

Le résumé des ensembles de protection sanitaire du tableau III facilite l'élaboration de la liste de vérification (tableau IV) qui représente le profil cumulatif du patient, et que le médecin conserve dans ses dossiers afin de pouvoir le consulter brièvement et efficacement à chaque fois que le patient vient le voir pour quelque raison que ce soit. Une copie pourrait demeurer entre les mains du patient. Cette procédure assurerait une continuité tout au long de sa vie même si sa famille, ou lui-même, déménageait dans une autre localité, ou si le médecin déménageait.

Ce profil cumulatif permet au médecin de vérifier si toutes les mesures de détection et les interventions recommandées pour un âge donné ont été effectuées, ou tout au moins envisagées. (Mais il se peut, selon le jugement clinique du médecin ou d'un autre professionnel de la santé, que certaines mesures composantes d'un ensemble soient contre-indiquées).

L'échéancier pour la période prénatale, de l'enfance jusqu'à 15 ans, et à la vieillesse, est explicité quant au moment où les ensembles doivent débuter au cabinet du médecin. Comme nous l'expliquerons dans une autre section de ce chapitre, la raison en est que les très jeunes et les personnes très âgées sont plus vulnérables et moins aptes à s'occuper de leurs affaires. Pour la phase prénatale, les preuves scientifiques sur ce qui doit être fait sont plus concluantes que pour les autres tranches de vie. À quelques exceptions près, nous recommandons pour toutes les autres tranches de vie que les ensembles soient appliqués à l'intérieur des intervalles, *pendant l'application d'autres soins* demandés par le patient.

Quant à certaines affections pour lesquelles nous connaissions l'existence de groupes à risque élevé parmi la population, nous avons fait des commentaires sur les modifications pouvant être apportées au plan. Nous ne pouvons trop insister sur le fait que nos recommandations ne doivent pas être interprétées comme des avantages maximaux pour la population, car nous nous sommes préoccupés des groupes à risque élevé, plus particulièrement des enfants issus de familles vivant en milieux défavorisés sur les plans économique et social, ainsi que des vieillards se trouvant dans la même situation. Ces deux sous-groupes ont souvent la caractéristique commune de ne pouvoir être leur propre défenseur en matière de santé.

Le tableau IV illustre le plan «à vie» des ensembles de protection sanitaire. Il est relié aux recommandations résumées au sujet des objectifs énoncés dans le chapitre 3, qui doivent être consultés si l'on veut comprendre comment chaque ensemble a été élaboré.

Dans le reste de cette introduction des ensembles, nous avons developpé divers raisonnements ayant mené aux décisions que nous avons prises concernant des groupes de divers âges, y compris les femmes enceintes, les enfants, les adultes et les vieillards.

Période prénatale

Il est dit que la prévention rapporte d'énormes dividendes au foetus pendant la période prénatale, non seulement pendant le début de son développement, mais aussi à la mère. Nous avons donc recommandé un ensemble plus explicite pour cette phase que pour celles concernant les autres adultes. L'échéancier proposé ne s'écarte guère des pratiques actuelles et nous nous sommes efforcés de présenter nos recommandations de la même façon que pour les autres groupes d'âge. De plus, les pratiques médicales actuelles suivent une approche sélective en médecine préventive, pour la période prénatale, depuis de nombreuses années. De bien des façons, nous avons utilisé la même approche pour tous les groupes d'âge.

L'enfance

Le nouveau-né et le nourrisson

Allaitement au sein

Il est de plus en plus prouvé que l'allaitement au sein procure de nombreux avantages. Ceux-ci sont d'ordres nutritif, immunologique et psychologique; les données scientifiques les plus récentes à ce sujet ont été résumées dans une étude complète du comité de nutrition de la Société canadienne de pédiatrie (Canadian Pediatric Society, 1978). Bien que le nombre des allaitements au sein soit en augmentation au Canada, la majorité des mères canadiennes continuent d'utiliser les formules artificielles ou n'allaitent au sein que très peu de temps. Le Groupe d'étude pense que les preuves sont assez nombreuses pour appuyer un effort d'envergure de la part de tous les organismes de santé pour convaincre la population que l'allaitement au sein est la meilleure façon de nourrir le bébé et de réduire la morbidité. Cet effort doit toucher toutes les femmes en âge d'être enceintes, ainsi que celles qui suivent des soins prénatals.

Premiers déterminants de bonnes relations parentales

Par surcroît, il se peut qu'il faille réévaluer de façon critique bon nombre de nos «routines» traditionnelles concernant les soins périnataux. Il y a de plus en plus de preuves à l'effet que la nature et la durée des contacts enfants-parents pendant l'accouchement et la période qui suit peuvent influer sur la qualité de leurs contacts subséquents. La modification de l'approche traditionnelle, par les soins de maternité centrés sur la famille et la présence de l'enfant dans la chambre de la mère («rooming-in»), pourrait se révéler d'une aide précieuse pour éviter les mauvaises pratiques parentales, y compris les accès de négligence et de brutalité envers les enfants. C'est un sujet dont la priorité de recherche doit être très élevée.

Visites médicales recommandées - Fréquence et à-propos

Pour certains professionnels de la santé, le plan proposé peut signifier une réduction du nombre d'examens qu'ils font habituellement auprès de nourrissons et d'enfants visiblement bien portants. Ce plan représente un nombre minimal de visites pour tous les nourrissons et enfants, et se fonde, dans la mesure du possible, sur des critères scientifiques rigoureux. Nous reconnaissons que dans certains cas, ces visites de prévention devront être plus fréquentes s'il y a des facteurs de risques particuliers pour l'enfant ou pour sa famille. Il faut également admettre que pour certains enfants, ce plan représentera une augmentation du nombre de visites médicales par rapport au nombre actuel. Nous pensons que l'adoption d'un plan minimal réduirait le nombre de visites médicales pour les enfants dont les besoins sont moindres, tout en permettant d'accorder une plus grande attention aux enfants et aux familles qui en requièrent davantage.

La structure du programme d'examens médicaux préventifs destinés aux nourrissons et aux enfants fut élaborée d'après les étapes où ils requièrent des interventions techniques (les vaccins, par exemple), les périodes particulières de leur vie (l'entrée à l'école et le passage de l'école primaire à l'école secondaire) et les moments s'avérant les plus propices au dépistage de certaines anomalies. Nous ne croyons pas qu'il y soit prouvé que les nourrissons et les enfants qui ne sont pas particulièrement exposés bénéficient vraiment de visites médicales préventives plus fréquentes. Il est intéressant de noter que ce plan ne diffère en rien d'important de celui qui avait été proposé dans la publication intitulée «*Standards of Child Health Care*», ni de celui paraissant dans la troisième édition de *l'American Academy of Pediatrics*, ou de celui du *Fogarty International Centre Task Force*, ou encore de ceux de *l'Association of Teachers of Preventive Medecine* et de *l'American Public Health Association*.

L'immunisation

L'échéancier d'immunisation recommandé s'appuie sur l'opinion des experts du Groupe d'étude et sur celle des consultants. Il ressemble à celui qui figure dans le rapport du Comité consultatif national du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'immunisation (CCN) et à celui que la Société canadienne de pédiatrie a recommandé. Mais ces derniers diffèrent en des points mineurs de celui que *l'American Academy of Pediatrics* recommande. La principale différence entre l'échéancier de *l'American Academy of Pediatrics* et celui du Groupe d'étude (et du Comité consultatif national) est que le premier voit comme optionnelle l'immunisation contre la poliomyélite par voie buccale à 6 mois, tandis que le second ne l'inscrit pas comme telle. Dans le même sens, à 6 mois, le Groupe d'étude et *l'American Academy* recommandent tous deux que la vaccination contre la rougeole soit optionnelle (pour les groupes à risque élevé, comme en période d'épidémie, et chez les Inuit), tandis que le CCN ne le fait pas. La principale différence est que *l'American Academy* et le CCN recommandent un rappel DCT et poliomyélite par voie orale entre 4 et 6 ans, tandis que le Groupe d'étude estime que cela peut attendre un peu plus, soit entre 5 à 6 ans.

En résumé, les principales différences concernant l'immunisation sont les suivantes: (a) le vaccin antipolio par voie buccale est optionnel à 6 mois (sauf dans les régions où la maladie est endémique) pour l'Académie, mais non pour les groupes canadiens; (b) à 6 mois, le vaccin contre la rougeole n'est donné qu'en «cas de besoin» selon l'Académie (et aux groupes à «risque élevé» selon le Groupe d'étude); (c) l'Académie retarde l'utilisation des vaccins actifs antivirus jusqu'à l'âge de 15 mois, tandis que le Groupe d'étude et le CCN prévoient une marge allant de 12 à 15 mois pour leur utilisation. Le Groupe d'étude recommande spécifiquement la revaccination contre la rougeole à 15 mois si la vaccination a eu lieu à 6 mois. Le test de sensibilité à la tuberculine à l'âge de 12 mois *n'est recommandé que* par l'Académie; par contre, le Groupe d'étude recommande qu'il ne soit fait qu'entre 5 et 6 ans et le CCN ne fait *aucune* recommandation à cet égard. Comme le CCN, le Groupe d'étude suggère que le vaccin contre la rubéole soit donné aux filles entre 10 et 11 ans, *seulement* s'il n'a pas été donné avant; l'Académie n'a aucune position précise sur cette question.

Ces différences, loin d'être critiques, peuvent cependant engendrer de la confusion. Dans la plupart des cas, l'échéancier complet d'immunisation, établi à partir d'échéanciers produits par des autorités reconnues, devrait produire les résultats voulus. Ce qui est plus important, sujet sur lequel le Groupe d'étude ne s'est pas penché, est la difficulté qu'il y a de voir à ce que n'importe quel échéancier soit respecté. Il n'existe actuellement aucun mécanisme adéquat pour surveiller l'immunisation dans la plupart des provinces; et, dans certaines régions, on estime que 75 à 80 p. 100 seulement des enfants de tout âge sont correctement immunisés. Un autre problème touche les enfants et les adultes dont les immunisations antérieures n'ont pas été correctement documentées, c'est-à-dire lorsqu'il est difficile de savoir si leur immunisation est complète. La recommandation ne sert guère de guide pour décider si le programme d'immunisation tout entier doit être refait en cas de doute, ou s'il existe un compromis acceptable.

Retards de développement

Pendant plusieurs intervalles, de l'état de nourrisson à la tendre enfance, l'objectif de «retards de développement» est mentionné dans les divers ensembles de protection sanitaire, ainsi que les mesures appropriées à envisager à cet effet pour une évaluation officielle ou officieuse du développement. L'évaluation officieuse comprend généralement une série de questions sur les divers moments marquants du développement et un jugement brut sur la normalité de développement manifestée. L'examen neurologique de développement est plus précis, mais prend du temps et n'aura vraisemblablement lieu que lorsque des indications précises amèneront le clinicien à soupçonner qu'il y a retard dans le développement mental ou moteur de l'enfant. Pour couvrir ces deux aspects de façon systématique, deux tests de dépistage ont été introduits: le *DENVER DEVELOPMENT SCREENING TEST*

(DDST) et le questionnaire préscolaire (PRESCHOOL DEVELOPMENT QUESTIONNAIRE (PDQ) Frankenburg WK, 1976. L'ensemble de protection sanitaire pour les nourrissons et les enfants laisse entendre qu'au moins l'un de ces tests est utile à 2, 4, 6 et 9 mois et de 2 à 3 ans, la raison en étant la détection précoce qu'ils permettent et la prévention primaire ou secondaire de certaines formes d'arriération mentale ou de problèmes neurologiques ou orthopédiques affectant le développement. Combinées, ces conditions affectent au moins 3 p. 100 de la population, c'est-à-dire ceux qui sont généralement considérés comme arriérés mentaux, avec, en plus, entre 1 et 2 p. 100 d'enfants souffrant d'autres formes de troubles du développement. Dans les cas d'arriération pure et simple, 75 p. 100 des cas sont légers et bien souvent sans cause organique lorsque le facteur environnement semble être impliqué.

À partir de ces données, des programmes de prévention primaire et secondaire ont été introduits avec divers taux de succès. La forme principale de prévention primaire comporte les soins prénatals, l'accouchement, le dépistage génétique et les avortements thérapeutiques (lorsque indiqués), ainsi que la détection précoce et l'amélioration des milieux familiaux néfastes. Au niveau de la prévention secondaire, l'efficacité des diverses formes d'intervention demeure controversée. Les preuves de catégorie I ont été signalées pour et contre l'intervention précoce en vue de ralentir le retardement. Les succès se limitent aux programmes du type «Headstart», dans lesquels des personnes que l'on présume avoir subi des privations culturelles reçoivent de vigoureux stimulants pendant les années préscolaires et manifestent des gains qui semblent persister au moins pendant les premières années de l'élémentaire.

Le test de dépistage du développement de *Denver (DDST-révision, 1971)* s'est révélé fiable et valable avec une sensibilité acceptable et une spécificité adéquate. Le taux de résultats faux-positifs, dépendant des talents et de la formation de l'examinateur, se situe entre 4 et 11 p. 100 et les résultats faux-négatifs entre 0.4 et 3 p. 100. Une modification subséquente, le «Denver Preschool Development Questionnaire» (PDQ), y a été introduite en vue de permettre aux parents de l'administrer afin de le rendre moins coûteux eu égard au temps du médecin. Il a une forte corrélation avec les résultats du DDST proprement dit et peut donc réduire d'au moins deux tiers le nombre de fois où ce dernier doit être appliqué sans que le nombre de résultats faux-négatifs n'augmente de façon marquée. Comme tous deux ne sont conçus que comme moyens de dépistage, il est donc normal d'appliquer le questionnaire PDQ avant le test DDST, ce dernier n'étant appliqué que si les résultats du premier sont anormaux. Si les résultats du DDST sont anormaux, une évaluation clinique officielle est recommandée. Comme l'efficacité de l'intervention précoce pour n'importe quelle forme de retard de développement dans les cas d'arriération mentale ou de difficultés organiques n'est pas encore certaine, les recommandations qui la concernent sont énoncées intentionnellement en termes vagues dans le plan «à vie». En général, l'une ou les deux procédures devraient être appliquées au moins deux fois au cours de la première année de l'enfant afin de profiter de l'occasion de faire de la prévention primaire; des efforts intensifs devraient être déployés en faveur de la prévention secondaire jusqu'à ce que d'autres preuves ne viennent prouver le contraire. Pour l'instant, il n'existe *aucune* preuve justifiant l'utilisation de l'une des mesures pour le dépistage collectif auprès d'enfants d'âge préscolaire.

Bref, l'échéancier concernant les enfants spécifie l'évaluation du développement à différents moments. Le DDST et le PDQ qui lui est associé ont été évalués et jugés comme mesures appropriées aux intervalles recommandés. Ces évaluations n'ont pour but que de déceler les retards de développement. Mais, comme il est facile de le comprendre, les origines de ces retards peuvent, en dehors des variations normales, couvrir un large éventail de troubles. Des mesures préventives efficaces n'existent que pour quelques-uns d'entre eux. L'éventail des problèmes de développement est tellement large, allant de la simple sous-normalité mentale aux troubles du métabolisme, comme l'hypothyroïdisme et les modifications neurologiques résultant de la paralysie cérébrale, que nous n'avons pas essayé de justifier notre recommandation à partir de l'un quelconque de ces troubles. Le Groupe d'étude pense, au contraire, qu'il y a suffisamment de cas pour lesquels les interventions sont efficaces pour qu'il soit justifié de vouloir déceler les retards de développement. À son avis, l'utilisation du DDST ou du PDQ semble le moyen le plus approprié de le faire de façon systématique, bien que les pédiatres expérimentés trouvent également que de simples enquêtes permettent, en cherchant dans les moments du développement, de dépister les retards presque aussi facilement. Mais si une procédure doit être suivie, elle n'aura sans doute de valeur que si elle est appliquée de façon systématique.

Responsabilité de l'exécution du programme de l'enfance

Bien que la majorité des mesures préventives recommandées après la visite médicale du nouveau-né soient généralement prises dans le cabinet du médecin, le Groupe d'étude, après avoir évalué les preuves scientifiques sur la sécurité et l'efficacité de ces tâches effectuées par des professionnels de la santé autres que les médecins, est fortement en faveur du recours à leurs services dans bien des situations, au lieu de ceux du médecin. Pour ce qui est des nourrissons et des enfants particulièrement exposés, et plus spécialement lorsque ceux-ci sont dans des situations défavorisées, un plus grand nombre de visites doivent être faites et une attention plus soutenue accordée aux problèmes spéciaux, sans pour autant augmenter le coût d'une surveillance plus suivie pour l'ensemble du service sanitaire. On peut y parvenir en dépêchant des infirmières de la santé publique dans les cabinets des médecins de famille et des pédiatres, à l'aide d'ententes contractuelles entre les médecins de pratique privée et les unités sanitaires, par des échanges interdisciplinaires auxquels le gouvernement participerait et en utilisant les services des centres de santé communautaire comme les Centres locaux de santé communautaire, maintenant bien établis au Québec.

L'âge adulte jusqu'à 64 ans

De 16 à 64 ans, l'individu est généralement au sommet de sa possibilité de se protéger corporellement. Pendant cette période, la fréquence des maladies est généralement très faible. Dans cette tranche d'âge, les principales causes de décès ou d'infirmités, en particulier les accidents d'auto, l'alcool et le tabac, demeurent peu influencées par les interventions du médecin ou de toute autre personne dispensatrice de soins. À quelques exceptions près, le diagnostic précoce d'un état présymptomatique n'a pas semblé avoir d'incidence sur le déroulement naturel de l'affection et ne présente guère d'avantage pour l'individu et la société. Pour ces groupes d'âge, les ensembles de protection sanitaire comprennent donc peu de mesures ou d'interventions. Nous avons décidé de mettre l'accent sur la détection ou l'intervention d'affections virtuellement évitables et pour lesquelles il est possible d'espérer une amélioration avec peu de risques de dangers. Dans la plupart des cas, parmi les adultes (sauf pour la grossesse), les ensembles devraient s'administrer lors de traitements intercurrents. Les exceptions importantes sont le dépistage du cancer du sein chez la femme de 50 à 59 ans et le test gaïac pour déceler le cancer du côlon et du rectum chez les hommes et les femmes de plus de 45 ans.

Désordres psychiatriques

L'inclusion d'un examen périodique de santé comportant des mesures visant à l'identification précoce de maladies psychiatriques a besoin d'être commentée. En dehors des opinions cliniques, il n'y a pas de preuves convaincantes sur lesquelles se baser pour déterminer les mesures qui font plus de bien que de mal au patient.

Le dépistage de ces maladies présente deux problèmes importants. D'abord, l'instrument de dépistage peut fournir de nombreux résultats faux-positifs. Ainsi, Goldberg (1974) a signalé que chez les patients d'une pratique générale moyenne qui avaient de très bons résultats avec le «General Health Questionnaire» (Goldberg 1972), 80 p. 100 manifesteront par la suite des troubles psychiatriques identifiables. Dans un échantillon de population pris au hasard, Goldberg (1974) estimait que cette proportion tombera à 50 p. 100; il suggérait également qu'avec une population positivement sélectionnée pour des raisons de santé au moyen d'examens médicaux périodiques, la proportion tomberait encore plus bas. Ensuite, il n'existe pas d'études contrôlées prouvant que l'histoire naturelle du trouble psychiatrique est favorablement influencée par le dépistage ou la recherche de cas (Goldberg 1974). À partir de ces données, Eastwood (1971) conclut que: «pour le moment, comme pour d'autres formes de morbidité, le dépistage des troubles psychiatriques doit demeurer au stade expérimental et n'est pas encore prêt à être inclus dans les services médicaux».

Personnes de 65 ans et plus

États de santé et phénomènes pathologiques des vieillards

Le but des ensembles de protection sanitaire destinés aux enfants et aux adultes jusqu'à 65 ans est de mettre sur pied des mesures préventives ou de traitement précoce, ou encore d'identifier les difficultés causées par le stress de la vie, pour fournir soutien et conseils et adopter les correctifs qui s'imposent. Passé 65 ans, l'adulte est devant de graves stress psychologiques et sociaux, comme la retraite (avec perte de revenus conséquente, nouvelle situation sociale, intérêt accru envers la collectivité et contacts sociaux), la maladie et le décès dans la famille et la possibilité de voir augmenter la dépendance de parents très âgés. De plus, la prévalence des affections dites «dégénératives» concernant les diverses parties anatomiques est telle que l'individu est handicapé ou limité du fait d'une affection cardiaque, d'un accident cérébro-vasculaire ou de l'arthrite, ou il est même parfois incapable de veiller à ses propres besoins. L'accroissement de ces affections et le vieillissement font souvent coïncider, et de façon injustifiée, le début de l'affection avec la retraite. En fait, la retraite est plus un facteur de stress social qu'une cause d'affections physiques.

Entre 65 et 74 ans, chacun devrait être examiné afin de déceler assez tôt la ou les affections dégénératives quand il est encore temps de fournir la prévention secondaire ou de prendre des mesures curatives précoces, de retarder ou de réduire l'incapacité, ou de l'avertir pour que lui et sa famille puissent s'y préparer.

À 65 ans, la longévité moyenne est estimée à 11 ans chez les hommes et à 13 ans chez les femmes. Il est essentiel de faire valoir et d'utiliser cette période de la vie.

La maladie et l'invalidité sont relativement répandues chez les personnes âgées d'au moins 75 ans, mais elles sont néanmoins les «survivants tenaces» disposant souvent de grandes réserves d'énergie et de courage. On ne devrait leur refuser ni soins, ni soutien, puisque leur invalidité peut être soulagée ou réduite par des interventions énergiques. Le professionnel de la santé peut, en plus, les conseiller sur la façon de réduire les risques (de chute, par exemple), de suivre un régime alimentaire adéquat, d'obtenir des services de soutien clinique et social et de choisir un foyer adéquat, le cas échéant.

L'évaluation régulière et fréquente de l'état de santé de la personne âgée d'au moins 75 ans est considérée comme valable, ainsi que les conseils ou les soins. Mais il faut faire preuve de discernement. Le professionnel de la santé est souvent très surpris par l'étendue des «troubles» qu'il décèle et il appose l'étiquette «malade» sur une personne qui se considère en bonne santé. C'est pour cette raison que bien des personnes âgées évitent tout contact avec les professionnels de la santé. C'est à la personne âgée qu'il revient de décider ce qu'elle veut faire, sauf s'il est clair qu'elle manque de jugement. Les vieillards se tirent parfois mieux d'affaire qu'on ne pourrait le croire et il n'est pas rare que leur santé périclite quand ils doivent se conformer à ce qui a été décidé pour leur bien-être.

Désignation de l'affection

Comme les affections chroniques et l'invalidité sont plus fréquentes vers la fin de la vie et comme les pertes subies dans les contacts sociaux et professionnels contribuent à la dépression et à l'anxiété, les vieillards présentent souvent de vagues symptômes de diminution de la capacité fonctionnelle ou psychique, accompagnés d'un manque d'intérêt pour le monde environnant. Nous avons nommé cette affection «l'incapacité progressive associée à la sénescence», même si tous les vieillards n'en souffrent pas avec la même intensité.

Recommandations

Nous recommandons que toutes les personnes âgées de 65 à 74 ans subissent, chez un professionnel de la santé, une évaluation semblable à celle qui a été recommandée pour celles âgées de 45 à 64 ans, évaluation sujette à certaines modifications et éliminations (voir tableaux III et IV). Dès le début de la sénescence, il y a lieu d'établir et de maintenir des contacts réguliers et de fournir conseils et avis pour rajuster le mode de vie qui se transforme et trouver les services sanitaires, sociaux, récréatifs ou éducatifs nécessaires. Avec le passage du temps, et plus particulièrement au-delà de 75 ans, à mesure que les risques d'affections et d'invalidité s'accroissent et que sa santé devient plus fragile et que l'isolement augmente, le professionnel de la santé doit établir le bilan des appareils anatomiques et de l'incapacité mentale et physique pour faire face à la vie. Il doit mettre davantage l'accent sur les modifications fonctionnelles que sur l'ampleur des affections. Cette évaluation doit se faire de préférence au domicile même de la personne, là où elle se sent le moins menacée et où le professionnel de la santé peut recueillir d'autres renseignements de la part du conjoint et de la famille et faire une observation du domicile. Dans certains cas, l'évaluation se fait mieux et plus efficacement au bureau.

Intervention

Le professionnel doit accorder une attention particulière à l'évaluation des quatre principaux domaines fonctionnels:

a) les sens (vue, ouïe, odorat, goût et toucher);
b) le domaine psychologique (mémoire, discernement, sens de l'orientation, tempérament, comportement et capacité d'adaptation);
c) la locomotion (maintien, équilibre, mouvements, démarche);
d) l'autonomie (capacité de préparer les aliments, de se nourrir, de s'habiller, de veiller à ses besoins naturels, de suivre les prescriptions médicamenteuses, d'entretenir le foyer et de veiller à sa propre sécurité).

Cette évaluation peut se faire dans le cadre d'une conversation amicale pendant et après une visite concernant d'autres soins. La visite et l'enquête ont pour but d'identifier toute perte fonctionnelle, sans pour autant supposer la présence d'affections. Beaucoup de vieillards visitent fréquemment le cabinet de leur médecin et plusieurs de leurs affections sont déjà bien connues. Il est bon, cependant, d'évaluer dans quelle mesure ces dernières nuisent à la capacité qu'a la personne d'entretenir son foyer et de se conformer aux habitudes de sa famille. D'autres affections peuvent être mises en relief par ce type d'évaluation même si elles ne sont pas encore connues du médecin, de la personne, ou de sa famille. Les soins curatifs ne pourraient apporter d'amélioration, mais une modification dans l'organisation du foyer pourrait permettre à la personne âgée d'y demeurer en sécurité et à la famille d'être mieux informée sur la façon de la protéger contre des accidents ou à son exploitation malhonnête par des tiers.

Bien que pour aucun âge, les preuves d'efficacité du counseling ne soient disponibles ou équivoques, le professionnel de la santé qui connaît bien la personne âgée et qui a su gagner sa confiance peut la conseiller sur la façon de ménager sa santé, de maintenir ses contacts sociaux, d'obtenir des services et de l'aider, le cas échéant, à prendre des dispositions en vue de l'admission dans un foyer résidentiel, ou encore d'y voir lui-même.

Les personnes âgées de 65 à 74 ans sont moins sujettes que les plus âgées aux affections et invalidités; elles devraient être incluses dans les ensembles de protection recommandées pour celles d'âge moyen.

Pour les personnes de plus de 75 ans, des infirmières en hygiène publique pourraient effectuer l'évaluation à domicile de façon très efficace. Les médecins pourraient identifier, au sein de leur clientèle, les personnes âgées et plus spécialement celles qui ne peuvent vivre seules en raison de certains risques ou d'un décès récent. La tâche des médecins prodiguant des premiers soins est grandement facilitée s'ils disposent de registres âge-sexe.

Il en ressort donc plusieurs façons de procéder. Une liste des vieillards plus particulièrement exposés du fait de leur isolement, d'un décès ou d'un changement dans leur comportement social, pourrait être établie à partir des registres de la clientèle des médecins ou par d'autres moyens. Ils pourraient alors être visités par une infirmière bien préparée, attachée au cabinet du médecin, à un centre de gériatrie ou encore à un centre de santé communautaire. Les personnes de 75 ans et plus pourraient, par surcroît, être répertoriées et visitées à domicile par une infirmière des services d'hygiène publique pouvant, de par sa formation, et avec du personnel et de l'équipement de soutien, voir à ce que ces mesures soient effectivement appliquées et leurs résultats évalués. La fréquence requise pour ces visites n'est pas connue; il semble qu'une fréquence de deux ans suffirait, mais cette fréquence devrait être étudiée et inscrite en priorité parmi les recherches. Jusqu'à ce que des preuves scientifiques ne viennent prouver qu'un nouvel échéancier doit

être établi, nous recommandons que toutes les personnes de plus de 75 ans soient évaluées à tous les deux ans, dans le bureau du praticien ou à la maison, en ayant comme objectif principal le maintien des fonctions normales.

Références

D'SOUZA MF, SWAN AV, SHANNON DJ: A long-term controlled trial of screening for hypertension in general practice. Lancet 1: 1228 – 1231, 1976.

FRANKENBURG WK, van DOORNINCK W, LIDDELL TN, DICK NP: The Denver Prescreening Developmental Questionnaire (PDQ). Pediatrics 57: 744-753, 1976.

GOLDBERG D: Psychiatric disorders. Lancet 2: 1245-1248, 1974.

GOLDBERG D: Detection of psychiatric illness by questionnaire. Toronto Oxford University Press, 1972.

EASTWOOD MR: Screening for psychiatric disorder. Psychol. Med. 1: 197-208, 1971.

Le tableau III présente 18 ensembles de protection sanitaire pour les différentes étapes de la vie et pour chaque sexe. Chaque ensemble, de même que chaque affection d'un ensemble, a été codifié. Dans certain cas, la lettre dénotant la recommandation du Groupe d'étude est suivie de la lettre R, ceci indique que la recommandation s'applique seulement au groupe à risque élevé. Dans certains ensembles, en plus des affections qui touchent la population en général, il y a des affections qui doivent être recherchées seulement chez les groupes à risque élevé. Ceux-ci sont identifiés par la lettre R qui apparaît dans le numéro de code. Dans quelques ensembles, le Groupe d'étude a cru bon d'inclure certaines affections même si celles-ci ne sont pas appuyées par un résumé énuméré au tableau IIb (e.g. allaitement maternel).

Tableau III – Ensembles de protection sanitaire

Ensemble de protection sanitaire P (prénatal)

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
P1	Détresse respiratoire du nouveau-né (B)	Détection durant la grossesse de facteurs étiologiques suggérant un risque élevé Télésurveillance (monitoring) durant le travail	À la première visite prénatale et à toutes les visites subséquentes	Les risques élevés sont associés à la toxémie, aux maladies rénales et cardiaques, au diabète, aux anomalies gynécologiques d'ordre anatomique et aux troubles obstétricaux antérieurs (e.g. mortalité néo-natale)
P2	Anomalies du tube neural (B)	Dosage de l'alpha-foeto-protéine sérique maternelle. Si l'AFP est élevée, ajouter l'amniocentèse et l'échographie	Entre la 16e et la 18e semaine de grossesse	Le dépistage doit être disponible pour les femmes enceintes, pourvu que les parents comprennent que la confirmation peut nécessiter un examen échographique et l'amniocentèse, et qu'ils soient prêts à accepter l'avortement thérapeutique, si le foetus est affecté.
P3	Syndrome de Down (mongolisme)	Anamnèse; s'il y a des antécédents positifs: procéder à l'amniocentèse si les parents sont prêts à accepter un avortement thérapeutique si le foetus est affecté	À la première visite prénatale	Antécédents positifs: – un parent porteur d'une translocation du chromosome 21; – autres enfants ou proches parents atteints de mongolisme; – la mère a plus de 35 ans
P4	Rubéole (A)	Inhibition de l'hémagglutination; si l'avortement n'est pas acceptable, administration de gammaglobulines aux femmes non immunisées qui ont été exposées à la maladie	À la première visite prénatale	Répéter si la femme non immunisée est de nouveau exposée à l'affection
P5	Toxoplasmose (A)	S'enquérir des possibilités de contact; si groupe à risque élevé: tests sérologiques pour *Toxoplasma gondii* et counseling sur l'hygiène nécessaires	À la première visite prénatale, ensuite à tous les 3 mois et au moment de l'accouchement	Groupes à risque élevé: personnes qui gardent des chats à la maison ou qui mangent de la viande crue
P6	Blennorragie (A)	Frottis du col utérin et de l'urètre; culture des sécrétions du col utérin, de l'urètre et des premières urines du matin	À la première visite prénatale	Répéter à 36 semaines pour les femmes à risque élevé
P7	Syphilis (A-R)	Épreuves sérologiques	À la première visite prénatale	Répéter l'épreuve au cours du dernier trimestre si la patiente est du groupe à risque élevé

*Quoique la fréquence optimale des visites de contrôle n'ait pas été établie, elle s'établit actuellement comme suit:
– mensuelle, jusqu'à la 28e semaine
– semi-mensuelle, de la 29e à la 36e semaine
– hebdomadaire, après la 36e semaine

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
P8	Sous-alimentation (C) et insuffisance pondérale du nouveau-né (B)	Dosage des protéines sériques et de l'hémoglobine Counseling sur l'abstinence du tabac et sur l'apport approprié de protéines et de calories; mesure de la taille et du poids	À la première visite prénatale À la première visite prénatale et aux visites subséquentes	Répéter le dosage de l'hémoglobine entre la 28e et 32e semaine; la prévention de la sous-alimentation peut nécessiter l'apport d'aliments en supplément chez certaines personnes ou groupes
P9	Problèmes (C), y compris l'enfance maltraitée et négligée (A)	Anamnèse; établir l'attitude des parents vis-à-vis de l'arrivée du bébé; counseling	À la première visite et à des intervalles appropriés selon le jugement clinique	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
P10	Alcoolisme (B)	Anamnèse; counseling sur la réduction de la ration d'alcool; avortement thérapeutique lorsque acceptable si le risque pour le foetus est jugé considérable	À la première visite et à des intervalles appropriés basés sur le jugement clinique	L'abstention de boisson alcoolique pendant la grossesse est recommandée
P11	Hypertension (A)	Mesure de la tension artérielle	À toutes les visites	Un test de protéinurie doit aussi être fait à toutes les visites
P12	Diabète (B)	Anamnèse; recherche de sucre dans les urines; si positif: glycémie à jeun et post-prandiale; épreuve d'hyperglycémie provoquée à la 28e semaine pour les femmes à risque de diabète durant la grossesse	À la première visite et aux visites subséquentes	Prodromes du diabète: – antécédents d'augmentation prématurée de la grosseur du foetus par rapport à son âge, mort-nés, avortements spontanés répétés ou anomalies foetales – anamnèse familiale de diabète – anomalies physiques e.g. troubles circulatoires et obésité
P13	Incompatibilité sanguine foeto-maternelle (A)	Détermination du groupe sanguin (systèmes A B O et Rhésus) recherche des anticorps	À la première visite prénatale	Voir le Manuel de la Croix-Rouge pour les techniques généralement acceptées à travers le Canada
	Femmes Rh-négatives	Recherche des anticorps anti-D	À la 20e semaine et à tous les mois jusqu'à la 28e semaine; à toutes les deux semaines jusqu'à l'accouchement	
		Injection d'immunoglobulines anti-Rh positif – À la 28e semaine si aucun anticorps n'a été décelé au cours des 4 semaines précédentes – Dans les 72 heures de l'accouchement si le nouveau-né est Rh-positif et si la mère n'a pas développé d'anticorps anti-Rh		Autres indications: – avortement spontané ou provoqué; – amniocentèse; – transfusion incompatible de sang Rh-positif à une femme Rh-négative; – hémorragie utérine abondante
	Femmes Rh-positives		Entre la 32e et la 36e semaine	
P14	Accouchement prématuré (B)	Anamnèse d'accouchements prématurés; si antécédents positifs; – pour incompétence du col de l'utérus (B): cerclage du col – pour d'autres causes (C): consultation à un centre de grossesses à risque élevé	À la première visite prénatale	Priorité pour la recherche: comment identifier les femmes à risque élevé; déterminer la valeur de la thérapie actuelle

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
P15	Avortement spontané répété (C)	Anamnèse; s'il y a des antécédents positifs: chercher les causes possibles	À la première visite prénatale	Causes possibles: maladies des glandes endocrines, anomalies de l'utérus, aberrations chromosomiques, infections et insuffisances du corps jaune
P16	Bactériurie (B)	Examen microbiologique des urines	Au premier trimestre: répéter à chaque trimestre et à la 6e semaine après l'accouchement	
P17	Allaitement maternel (C)	Counseling	À chaque visite prénatale	
P18	Dépression postpartum (C)	Counseling relevé des symptômes	Au cours de la visite postpartum	
	Ensemble de protection sanitaire N (Nouveau-né et durant la première semaine de vie)			
N1	Détresse respiratoire du nouveau-né (B)	Examen clinique	À la naissance	Facteurs de risque: anomalies respiratoires, métaboliques et cardiaques; infections et convulsions
N2	Maladie hémorragique du nouveau-né (hypoprothrombinémie) (B)	Administration de 1mg de vitamine K_1	À la naissance	
N3	Syphilis congénitale (A-R) (B)	Épreuve sérologique avec le sang du cordon ombilical	À la naissance	
N4	Ophtalmie purulente gonococcique (A)	Instillation dans chaque oeil d'un collyre au nitrate d'argent à 1%	À la naissance	
N5	Hypothyroïdie du nourrisson (A)	Épreuve de la thyroxine sur papier-filtre chez tous les nouveau-nés; épreuve à la TSH utilisée comme examen complémentaire	Au cours de la première semaine de vie	Répéter l'épreuve à la thyroxine peut être utilisé comme aide au besoin
N6	Phénylcétonurie (A)	Inhibition microbiologique (Guthrie) et épreuves fluorimétriques	Une fois avant et après le 4e jour de vie	Il peut s'avérer nécessaire de répéter ces épreuves et d'effectuer une épreuve complémentaire de chromatographie sur papier
N7	Luxation congénitale de la hanche (B)	Examen clinique (flexion, abduction et manoeuvre d'Ortolani); confirmation radiographique	Au cours des 2-3 jours	

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
N8	Malformation du septum inter-ventriculaire (B)	Anamnèse et examen clinique	À la naissance et à la sortie de la pouponnière	Un étiquetage inapproprié à l'égard de souffles bénins peut être préjudiciable; les examens complémentaires, si nécessaires, comprennent radiographie de la poitrine, échocardiographie et cathétérisme cardiaque
N9	Troubles de croissance et de développement (B); sous-alimentation (C)	Examen clinique; mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête	À la naissance	Enregistrement de la taille et du poids sur une fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
N10	Problèmes parentaux (C) y compris l'enfance maltraitée et négligée (A)	Antécédents familiaux; évaluation des interactions parents-enfants; counseling	Au cours des visites régulières et durant la période de «rooming-in»	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
N11	Strabisme (B)	Examen clinique; examen d'obturation en alternance (cover-uncover test)	Au cours de la première semaine de vie	Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des examens
N12	Troubles auditifs (B)	Vérification du réflexe audio-oculogyrique en direction d'une nouvelle source sonore hors du champ visuel	Une fois avant le congé de la pouponnière	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostic précoce et des moyens de diagnostic courants
N13	Incompatibilité sanguine foeto-maternelle (A)	Effectuer test de Coombs, dosage des taux d'hémoglobine et de bilirubine avec du sang du cordon ombilical; examen clinique	À la naissance	
N14	Accidents (domiciliaires et de véhicules automobiles) (C)	Conseils aux parents sur l'usage de ceintures de sécurité et sur la sécurité domiciliaire	Une fois avant le congé de la pouponnière	
NR15	Fibrose kystique du pancréas (B)	Test à la sueur (par électrophorèse) au moins à deux reprises; observation des signes cliniques	À la naissance et au congé de la pouponnière	Descendants de parents atteints de fibrose kystique
NR16	Toxoplasmose (A)	Épreuve sérologique pour déterminer la présence d'une infection au *toxoplasma gondii*	À la naissance	Lorsque la mère est d'un groupe à risque élevé
NR17	Anémie ferriprive (C)	Dosage de l'hémoglobine sanguine	A la naissance et au congé de la pouponnière	Groupes à risque élevé: prématurés, naissances multiples, nouveau-nés de mères anémiques, ou de parents d'un groupe socio-économique désavantagé

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
Ensemble de protection sanitaire NF (Nourrissons âgés de 2-4 semaines)*				
NF1	Luxation congénitale de la hanche (B)	Examen clinique (flexion, abduction et manoeuvre d'Ortolani); confirmation radiographique	Une fois	
NF2	Malformation de l'arbre urinaire inférieur (garçons) (C)	S'informer de la force du jet urinaire	Une fois	
NF3	Troubles de croissance (B) sous-alimentation (C)	Examen clinique; mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche, déterminer la fréquence optimale des mensurations
NF4	Problèmes parentaux (C) y compris l'enfance maltraitée et négligée (A)	Évaluation des interactions parents-enfants; counseling	À chaque rencontre avec la famille	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
NF5	Accidents (domiciliaires et de véhicules automobiles (C)	Évaluation de la situation domiciliaire; conseils aux parents sur l'usage de ceintures de sécurité et sur la sécurité domiciliaire	Une fois	Les visites à domicile par un professionnel de la santé non médical sont souhaitables pour cette intervention
NFR6	Syphilis congénitale (A)	Épreuve sérologique	Hebdomadaire	Si la mère est d'un groupe à risque élevé

*Cet ensemble peut être dispensé par un professionnel de la santé associé, préparé de façon adéquate. Le fait de dispenser de ces interventions à domicile comporte des avantages pour les familles défavorisées.

Ensemble de protection sanitaire 21 (Enfants âgés de 2 mois)*				
211	Malformation du septum interventriculaire (B)	Anamnèse et examen clinique	Une fois	Un étiquetage inapproprié à l'égard de souffles bénins peut être préjudiciable; examens complémentaires, si nécessaires, comprennent radiographie de la poitrine, échocardiographie et cathétérisme cardiaque

*Cet ensemble peut être dispensé par un professionnel de la santé associé préparé de façon adéquate; sauf pour l'auscultation cardiaque.

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
212	Diphtérie, coqueluche, tétanos et poliomyélite (A)	Immunisation	Une fois	Première dose: – seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés – le vaccin anti-coqueluche est contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents de convulsions – dans certains cas (e.g. chez les immuno-déficients) il est préférable d'utiliser le vaccin inactivé (Salk) au lieu du vaccin oral (Sabin) – le vaccin anti-poliomyélite est contre-indiqué dans certains cas
213	Troubles de croissance (B) et sous-alimentation (C)	Anamnèse; mesure de la taille, du poids, et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
214	Retard dans le développement (C)	Administration du «Preschool Development Questionnaire»	Une fois	Peut être complété par le «Denver Developmental Screening Test» (DDST) selon le jugement clinique
215	Problèmes parentaux (B) y compris l'enfance maltraitée et négligée (A)	Observer les interactions parents-enfants	Au cours de la (des) visite(s) régulière(s)	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
216	Strabisme (B)	Examen clinique des yeux; épreuve d'obturation en alternance (cover-uncover test)	Une fois	Priorité de recherche: établir la fréquence optimale des examens
	Ensemble de protection sanitaire 4I (Enfants âgés de 4 mois)*			
411	Diphtérie, coqueluche, tétanos et poliomyélite (A)	Immunisation	Une fois	Deuxième dose: – seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés – le vaccin anti-coqueluche est contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents de convulsions – dans certains cas (e.g. chez les immuno-déficients) il est préférable d'utiliser le vaccin inactivé (Salk) au lieu du vaccin oral (Sabin) – le vaccin anti-poliomyélite est contre-indiqué dans certains cas
412	Troubles de croissance (B) et sous-alimentation (C)	Anamnèse; mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations

*Cet ensemble peut être dispensé par un professionnel de la santé associé préparé de façon adéquate; le médecin responsable doit être mis au courant de l'état de santé de l'enfant.

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
413	Retard dans le développement (C)	Administration du «Preschool Development Questionnaire»	Une fois	Peut être complété par le «Denver Developmental Screening Test» (DDST) selon le jugement clinique
414	Problèmes parentaux (B) y compris l'enfance maltraitée et négligée (A)	Observer les interactions parents-enfants	Au cours de la (des) visite(s) régulière(s)	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
415	Accidents (domiciliaires, de véhicules automobiles et empoisonnements) (C)	Counseling	Au cours des visites pour d'autres raisons	Lorsque jugé à propos à cause d'une évaluation antérieure
		Ensemble de protection sanitaire 6I (Enfants âgés de 6 mois)*		
611	Diphtérie, coqueluche, tétanos et poliomyélite (A)	Immunisation	Une fois	Troisième dose: - seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés - le vaccin anti-coqueluche est contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents de convulsions - dans certains cas (e.g. chez les immuno-déficients) il est préférable d'utiliser le vaccin inactivé (Salk) au lieu du vaccin oral (Sabin) - le vaccin anti-poliomyélite est contre-indiqué dans certains cas
612	Troubles de croissance (B) et sous-alimentation (C)	Anamnèse; mesure de la taille, du poids, et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
613	Retard dans le développement (C)	Administration du «Preschool Development Questionnaire»	Une fois	Peut être complété par le «Denver Developmental Screening Test» (DDST) selon le jugement clinique
614	Problèmes parentaux (B) y compris l'enfance maltraitée et négligée (A)	Observer les interactions parents-enfants	Au cours de la (des) visite(s) régulière(s)	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
615	Troubles auditifs (B)	Vérification du réflexe audio-oculogyrique en direction d'une nouvelle source sonore hors du champ visuel; vérification de l'absence de babillage	Une fois	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostic précoce et des moyens diagnostiques courants

*Cet ensemble peut être dispensé par un professionnel de la santé associé préparé de façon adéquate.

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
6IR6	Rougeole (A)	Immunisation	Une fois	Chez les groupes à risque élevé: – seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés – le vaccin est contre-indique chez les enfants ayant des antécédents de convulsions; (quoique aucune réaction n'ait été rapportée chez les gens allergiques aux protéines de l'oeuf, on conseille d'être prudent); – rappel entre 12-15 mois
		Ensemble de protection sanitaire 9I (Enfants âgés de 9 mois)*		
9I1	Troubles de croissance (B) et sous-alimentation (C)	Anamnèse; mesure de la taille, du poids, et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
9I2	Retard dans le développement (C)	Administration du «Preschool Development Questionnaire»	Une fois	Peut être complété par le «Denver Developmental Screening Test» (DDST) selon le jugement clinique
9I3	Problèmes parentaux (B) y compris l'enfance maltraitée et négligée (A)	Anamnèse et observation; counseling	Facultatif, au cours de visites pour d'autres motifs	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
9I4	Accidents (domiciliaires, de véhicules automobiles et empoisonnements) (C)	Counseling	Une fois, au cours de visites pour d'autres raisons	
9IR5	Anémie ferriprive (C)	Détermination de l'hémoglobine	Une fois	Chez les groupes défavorisés tant économiquement que socialement

*Cet ensemble peut être dispensé par un professionnel de la santé associé préparé de façon adéquate. Une visite à domicile peut être souhaitable, plus particulièrement chez les groupes défavorisés tant économiquement que socialement.

		Ensemble de protection sanitaire 12I (Enfants âgés de 12-15 mois)*		
12I1	Rougeole (A)	Immunisation	Une fois	Peut être administré seul ou en association avec les vaccins antiourlien et antirubéoleux, mais – seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés – le vaccin antirougeole est contre-indiqué chez les enfants ayant des antécédents de convulsions (on conseille la prudence chez les enfants allergiques aux protéines de l'oeuf)

*Cet ensemble peut être dispensé par un professionnel de la santé associé préparé de façon adéquate. Toutefois, le médecin responsable doit avoir l'opportunité de revoir l'état de santé de l'enfant à ce stade.

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
12I2	Oreillons (A)	Immunisation	Une fois	– seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés – le vaccin antiourlien est contre-indiqué chez les enfants allergiques à la néomycine et chez ceux atteints d'immuno-déficience (on conseille la prudence chez les enfants allergiques aux protéines de l'oeuf)
12I3	Rubéole (A)	Immunisation	Une fois	Seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés
12I4	Troubles de croissance (B) et sous-alimentation (C)	Anamnèse; mesure de la taille, du poids, et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
12I5	Problèmes parentaux (B) y compris l'enfance maltraitée et négligée (A)	Anamnèse et observation; counseling	Facultatif, au cours de visites pour d'autres raisons	Priorité de recherche élevée et urgente: identifier les interventions spécifiques qui seraient effectives pour évaluer et traiter les problèmes parentaux
	Ensemble de protection sanitaire 1C (Enfants âgés de 18 mois)*			
1C1	Diphtérie, coqueluche, tétanos et poliomyélite (A)	Immunisation	Une fois	Quatrième dose: – seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés – le vaccin anticoqueluche est contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents de convulsions – dans certains cas (e.g. chez les immuno-déficients) il est préférable d'utiliser le vaccin inactivé (Salk) au lieu du vaccin oral (Sabin) – le vaccin antipoliomyélite est contre-indiqué dans certains cas
1C2	Troubles de croissance (B)	Anamnèse; mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
1C3	Troubles de comportement et de développement (C)	Évaluation de l'interaction parents-enfants; administration du «Preschool Development Questionnaire»	Une fois	Peut être complété par le «DDST (Denver Development Screening Test)» selon le jugement clinique

*Cet ensemble peut être dispensé par un professionnel de la santé associé préparé de façon adéquate.

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
		Ensemble de protection sanitaire 2C (Enfants âgés de 2-3 ans)*		
2C1	Troubles de croissance (B)	Mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
2C2	Troubles de comportement et de développement (C)	Évaluation de l'interaction parents-enfants; administration du «Preschool Development Questionnaire»	Une fois	Peut être complété par le «DDST (Denver Developmental Screening Test)» selon le jugement clinique
2C3	Strabisme (B) vices de réfraction (C)	Examen des yeux; examen d'obturation en alternance (cover-uncover test) et épreuve avec échelle optométrique	Une fois	Priorité de recherche élevée: déterminer la fréquence de l'examen pour le strabisme et la valeur du diagnostic pré-symptomatique des vices de réfraction
2C4	Troubles auditifs (B)	Anamnèse (surtout retard ou troubles d'élocution) et examen clinique	Une fois	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostic précoce, et des méthodes de diagnostic disponibles
2C5	Caries dentaires (A)	Examen de la cavité buccale, et radiographie si jugé nécessaire L'application de fluorure est recommandée chez les résidants de régions sans approvisionnements d'eau fluorée	Annuellement (depuis l'âge de 2 ans)	Le dépistage se fait de préférence au bureau d'un dentiste Priorité de recherche, plus particulièrement en ce qui concerne la fréquence des examens

*Cet ensemble peut être dispensé par un professionnel de la santé associé préparé de façon adéquate.

		Ensemble de protection sanitaire 4C (Enfants âgés de 4 ans)*		
4C1	Troubles de croissance (B)	Mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
4C2	Troubles de comportement (C)	Examen	Facultatif	Lorsque jugé à propos à cause d'une évaluation antérieure
4C3	Caries dentaires (A)	Examen de la cavité buccale; radiographie si jugé nécessaire L'application de fluorure est recommandée chez les résidants de régions sans approvisionnements d'eau fluorée	Annuellement	Le dépistage se fait de préférence au bureau d'un dentiste Priorité de recherche, plus particulièrement en ce qui concerne la fréquence des examens

*Cet ensemble peut être dispensé par un professionnel de la santé associé préparé de façon adéquate.

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
	Ensemble de protection sanitaire CSE (Entrée scolaire — enfants âgés de 5-6 ans)*			
CSE1	Diphtérie, coqueluche, tétanos et polyomyélite (A)	Immunisation	Une fois	Dose de rappel: – seulement les enfants en bonne santé doivent être immunisés – le vaccin anticoqueluche est contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents de convulsions – dans certains cas (e.g. chez les immuno-déficients) il est préférable d'utiliser le vaccin inactivé (Salk) au lieu du vaccin oral (Sabin) – le vaccin anti-poliomyélite est contre-indiqué dans certains cas
CSE2	Troubles de croissance (B)	Mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête, de la poitrine et des bras	Une fois	Observations consignées sur la fiche de croissance standardisée Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
CSE3	Troubles de comportement et de développement (C)	Évaluation de l'interaction parents-enfants S'informer du progrès scolaire	Une fois	
CSE4	Strabisme (B) vices de refraction (C)	Examen clinique des yeux, épreuve d'obturation en alternance (cover-uncover test), et épreuve avec échelle optométrique	Une fois	Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des examens
CSE5	Troubles auditifs (B)	Anamnèse (surtout retard ou troubles d'élocution) et examen clinique	Une fois	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostic précoce et des méthodes de détection disponibles
CSE6	Caries dentaires (A) troubles orthodontiques (B)	Examen buccal; radiographie si nécessaire L'application de fluorure est recommandée chez les résidants de régions sans approvisionnements d'eau fluorée	Annuellement	S'assurer que les examens précédents ont été faits. Priorité de recherche, plus particulièrement en ce qui concerne la fréquence des examens
CSE7	Accidents (domiciliaires, de véhicules automobiles et aquatiques) (C)	Counseling	Au cours de visites pour autres raisons	Priorité de recherche: déterminer la valeur du counseling
CSER8	Tuberculose (A)	Épreuve de la sensibilité à la tuberculine; vaccination BCG et chimioprophylaxie au besoin	Une fois	Pour les enfants en contact avec des tuberculeux ou demeurant dans des collectivités où le taux d'infection est élevé

*Le Groupe d'étude recommande que les professionnels de l'hygiène scolaire s'assurent que toutes les actions de dépistage de cet ensemble soient faites, de même que celles des ensembles correspondant aux groupes d'âge précédents, depuis la naissance. L'ensemble de protection sanitaire au moment de l'entrée à l'école est un important contact avec le système de santé et un point de repère obligatoire pour vérification.

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
		Ensemble de protection sanitaire 11C (Enfants âgés de 10-11 ans)*		
11C1	Rubéole (A)	Immunisation des fillettes	Une fois	Si l'immunisation n'a pas été faite antérieurement
11C2	Troubles de croissance (B)	Mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête, de la poitrine et des bras	Une fois	Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale des mensurations
11C3	Troubles de comportement et de développement (C)	Évaluation de l'interaction parents-enfants: s'informer du progrès scolaire	Facultatif	Lorsque jugé à propos à cause d'une évaluation antérieure
11C4	Troubles de réfraction (C)	Épreuve avec échelle optométrique	Facultatif	Priorité de recherche élevée: déterminer la valeur du diagnostic présymptomatique
11C5	Troubles auditifs (B)	Anamnèse et examen clinique	Une fois	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostic pré-symptomatique et des moyens de diagnostic disponibles
11C6	Caries dentaires (A) troubles orthodontiques (B)	Examen buccal; radiographie si nécessaire L'application de fluorure est recommandée chez les résidants de régions sans approvisionnements d'eau fluorée	Annuellement	S'assurer que les examens précédents ont été faits. Priorité de recherche, plus particulièrement en ce qui concerne la fréquence des examens
11C7	Accidents (domiciliaires, de véhicules automobiles et aquatiques) (C) Usage d'alcool (C) Tabagisme (C) Problèmes reliés au développement sexuel (C)	Counseling	À chaque visite régulière selon le jugement clinique	Priorité de recherche: déterminer la valeur du counseling

*L'examen peut être fait à n'importe quel moment entre 10 et 11 ans.

		Ensemble de protection sanitaire 15C (Enfants âgés de 12-15 ans)*		
15C1	Troubles de croissance (B)	Mesure de la taille, du poids et de la circonférence de la tête, de la poitrine et des bras	Facultatif	Au besoin, si jugé à propos cliniquement
15C2	Accidents (C) Usage d'alcool (C) Tabagisme (C) Développement sexuel (y compris grossesse non désirée chez les adolescentes) (C & A)	Counseling Avortement thérapeutique lorsque acceptable	Facultatif	Au besoin, si jugé à propos cliniquement Priorité de recherche: déterminer la valeur du counseling

*L'examen peut être fait à n'importe quel moment entre 12 et 15 ans.

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
15C3	Caries dentaires (A) troubles orthodontiques (B) parodontite (C)	Examen buccal et radiographie si nécessaire; encourager l'hygiène buccale quotidienne L'application du fluorure est recommandée chez les résidants de régions sans approvisionnements d'eau fluorée	Annuellement	Le dépistage se fait de préférence au bureau d'un dentiste. Priorité de recherche, plus particulièrement en ce qui concerne la fréquence des examens
15CR4	Sous-alimentation (C) (B-R)	Détermination de la concentration des protéines sériques; anamnèse, mesure de la taille, du poids, circonférence de la tête, de la poitrine et des bras	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	Adolescentes
15CR5	Dystrophie musculaire progressive (B)	Détermination de la créatine phosphokinase sérique	Des épreuves répétées peuvent être nécessaires, puisqu'il peut y avoir chevauchement des concentrations entre les porteuses et les femmes non affectées	Parenté de sexe féminin des malades atteints de dystrophie musculaire progressive
15CR6	Cancer du col utérin (B)	Frottis Papanicolaou	Au début de l'activité sexuelle; vérification au cours de l'année	Les adolescentes doivent être examinées au début de leurs activités sexuelles
	Ensemble de protection sanitaire 44FM (Pour les femmes et les hommes âgés de 16 à 44 ans)			
44FM1	Poliomyélite (A)	Immunisation	Rappel à l'âge de 16 ans	Seulement les personnes en bonne santé doivent être immunisées. Dans certains cas (e.g. les personnes immunodéficientes) il est préférable d'utiliser le vaccin inactivé (Salk) au lieu du vaccin oral (Sabin) Le vaccin est contre-indiqué dans certaines conditions. La grossesse n'est pas une contre-indication si l'immunisation est jugée nécessaire.
44FM2	Tétanos et diphtérie (A)	Immunisation	Rappel à tous les 10 ans (facultatif pour la diphtérie)	Seulement les personnes en bonne santé doivent être immunisées
44FM3	Alcoolisme (C) tabagisme (C) et accidents de véhicules automobiles (C)	Anamnèse; counseling; donner des conseils anticonceptionnels effectifs aux femmes alcooliques sexuellement actives; traiter les maladies sous-jacentes	À la première visite et à intervalles réguliers selon le cas	Priorité de recherche: déterminer la valeur du counseling
44FM4	Troubles familiaux, problèmes conjugaux et sexuels (C)	Anamnèse; counseling	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	Priorité de recherche: déterminer la valeur des mesures préventives

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
44FM5	Troubles auditifs (B)	Anamnèse et examen clinique	Au cours des visites pour d'autres raisons	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostic précoce et des moyens de diagnostic disponibles
44FM6	Hypertension (A)	Mesure de la tension artérielle	Au moins à tous les cinq ans	À chaque visite faite, pour d'autres raisons
44FM7	Caries dentaires (A) parodontite (C), cancer de la cavité buccale (C)	Examen de la cavité buccale; radiographie si jugé à propos; encourager l'hygiène buccale quotidienne	Annuellement	Priorité de recherche: particulièrement pour établir la fréquence optimale des examens
44F8	Rubéole (A)	Immunisation des femmes à risque	Une fois	Si l'immunisation n'a pas été faite antérieurement et pourvu que la femme ne soit pas enceinte et qu'elle évite de le devenir pendant les trois mois suivants
44F9	Cancer du col utérin (B)	Frottis Papanicolaou	Au début de l'activité sexuelle, avec vérification au cours de l'année; ensuite à tous les 3 ans jusqu'à l'âge de 35 ans; et à tous les 5 ans par la suite	À tous les ans pour les femmes à risque élevé; surtout lorsque l'activité sexuelle a débuté à un jeune âge et avec différents partenaires. Priorité de recherche: déterminer l'âge optimum et la fréquence des frottis
44FR10	Dystrophie musculaire progressive (B)	Déterminer l'évaluation de la créatine phosphokinase sérique	Des épreuves répétées peuvent être nécessaires, puisqu'il peut y avoir chevauchement des concentrations entre les porteuses et les femmes non affectées	Parenté de sexe féminin des malades atteints de dystrophie musculaire progressive
44FMR11	Maladies infectieuses affectant les voyageurs internationaux (A)	Immunisation; prophylaxie	Varie selon les maladies	
44FMR12	Tuberculose (A)	Épreuve de la sensibilité à la tuberculine; vaccination BCG et chimioprophylaxie au besoin	Selon le jugement clinique	Pour toutes les personnes en contact avec des tuberculeux ou demeurant dans des collectivités où le taux d'infection est élevé
44FMR13	Blennorragie (A)	Frottis du col, et/ou de l'urètre; culture des sécrétions du col et/ou de l'urètre et des premières urines	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	Les femmes enceintes doivent être examinées. L'incidence est plus élevée chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
44FMR14	Syphilis (A)	Examen sérologique	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	Les femmes enceintes doivent être examinées. L'incidence est plus élevée chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels
44FMR15	Thalassémie (B)	Anamnèse; dépistage de laboratoire; counseling	Une fois	Pour les Asiatiques, les Africains et les personnes originaires de la région méditerranéenne en âge de procréer qui, ayant été avertis qu'aucune aide n'est disponible pour les porteurs, veulent toutefois se soumettre à un dépistage. Priorité de recherche: déterminer la valeur des mesures préventives
44FMR16	Anémie ferriprive (C) sous-alimentation (B)	Anamnèse; taux d'hémoglobine; mesure de la taille et du poids; détermination des protéines sériques	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	Les femmes désavantagées socio-économiquement, les Amérindiens et Inuit; les personnes ayant des marottes alimentaires
44FMR17	Cancer de la peau (B)	Examen; counseling	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	Groupes à risque élevé: les personnes qui travaillent à l'extérieur et celles exposées aux hydrocarbures polycycliques aromatisés
44FMR18	Maladie de Tay-Sachs (B)	Mesure de la résistance de l'hexosaminidase sérique à l'inactivation par la chaleur	Dépistage au cours de l'examen prénuptial	Groupes à risque élevé: la race Ashkenazi juive; l'amniocentèse peut confirmer le diagnostic si les parents sont soupçonnés d'être porteurs
44FMR19	Cancer de la vessie (B)	Examen cytologique de l'urine	Si jugé à propos selon le jugement clinique	Groupes à risque élevé: les travailleurs exposés aux agents cancérigènes de la vessie et les fumeurs

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
	Ensemble de protection sanitaire 64FM (Pour les femmes et les hommes âgés de 45 à 64 ans)*			
64FM1	Cancer du côlon et du rectum (B)	Recherche de sang occulte dans les selles	Pas plus d'une fois l'an	Priorité de recherche élevée: définir la sensibilité, la spécificité, l'acceptabilité, les effets secondaires et la fréquence appropriée pour les méthodes de dépistage simples
64FM2	Malaises associés à la retraite (C)	Avant la retraite, un dernier examen médical et counseling faisant partie d'une série d'examens médicaux périodiques	Une fois	
64F3	Cancer du sein (A)	Mammographie et examen clinique des seins	Annuellement Groupe âgé de 50-59	Priorité de recherche pour déterminer: – les bénéfices individuels de la mammographie et de l'examen clinique – la fréquence optimale des examens – les bénéfices pour les groupes d'âge autre que la 6e décennie, plus particulièrement pour ceux de la 5e décennie – les risques de l'irradiation émise selon les techniques courantes – l'acquiescement de la population non choisie – les bénéfices spécifiques de l'auto-examen – les avantages d'utiliser des professionnels de la santé associés pour des programmes de dépistage
64F4	Hypothyroïdie (C)	Examen clinique des femmes ménopausées	À tous les 2 ans	Priorité de recherche élevée: déterminer si le traitement présymptomatique de l'hypothyroïdie en modifie l'évolution naturelle

*Même ensemble que 44FM, sauf 44F8 (rubéole), 44FMR15 (thalassémie) et 44FMR18 (maladie de Tay-Sachs) plus les quatre affections ci-haut mentionnées.

	Ensemble de protection sanitaire 74FM (Pour les femmes et les hommes âgés de 65-74 ans)			
74FM1	Tétanos et diphtérie (A)	Immunisation	Rappel à tous les 10 ans (facultatif pour la diphtérie)	Seulement les personnes en bonne santé doivent être immunisées
74FM2	Grippe (A)	Immunisation	Annuellement	Les professionnels de la santé doivent être au courant des changements antigéniques au cours d'une telle année; contre-indication: allergie aux protéines de l'oeuf
75FM3	Troubles auditifs (B)	Anamnèse et examen clinique	Au cours des visites pour d'autres raisons	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostic précoce et des moyens de diagnostic disponibles

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
74FM4	Hypertension (A)	Mesure de la tension artérielle	Au moins à tous les deux ans	À chaque visite faite pour d'autres raisons
74FM5	Caries dentaires (A) parodontite (C), cancer de la cavité buccale (C)	Examen de la cavité buccale; radiographie si jugé à propos; encourager l'hygiène buccale quotidienne	Annuellement	Priorité de recherche: particulièrement pour établir la fréquence optimale des examens
74FM6	Cancer du côlon et du rectum (B)	Recherche de sang occulte dans les selles	Pas plus d'une fois l'an	Priorité de recherche élevée: définir la sensibilité, la spécificité, l'acceptabilité, les effets secondaires et la fréquence appropriée pour les méthodes de dépistage simples
74FM7	Sous-alimentation (C) (B-R) Incapacité progressive liée à l'âge (B)	Évaluation des activités physiques, sociales et psychologiques	À tous les deux ans	Les visites à domicile sont préférables pour le dépistage. Conserver les activités fonctionnelles est plus important qu'établir un diagnostic. Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale et le contenu des évaluations
74F8	Hypothyroïdie (C)	Examen clinique	À tous les 2 ans	Priorité de recherche élevée: déterminer si le traitement présymptomatique de l'hypothyroïdie en modifie l'évolution naturelle
74FMR9	Maladies infectieuses affectant les voyageurs internationaux (A)	Immunisation; prophylaxie	Varie selon les maladies	
74FMR10	Tuberculose (A)	Épreuve de la sensibilité à la tuberculine; vaccination BCG et chimioprophylaxie au besoin	Selon le jugement clinique	Pour toutes les personnes en contact avec des tuberculeux ou demeurant dans des collectivités où le taux d'infection est élevé
74FMR11	Cancer de la peau (B)	Examen; counseling	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	
74FMR12	Cancer de la vessie (B)	Examen cytologique de l'urine	Si jugé à propos selon le jugement clinique	Groupes à risque élevé: les travailleurs exposés aux agents cancérigènes de la vessie et les fumeurs
74FR13	Cancer du col utérin (B)	Frottis Papanicolaou	À tous les 5 ans ou à des intervalles appropriés selon le jugement clinique	Si les frottis antérieurs sont anormaux Priorité de recherche: déterminer l'âge et la fréquence optimale des examens

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
Ensemble de protection sanitaire 75+FM (Pour les femmes et les hommes âgés de 75 ans et plus)*				
75+FM1	Tétanos et diphtérie (A)	Immunisation	Rappel à tous les 10 ans (facultatif pour la diphtérie)	Seulement les personnes en bonne santé doivent être immunisées
75+FM2	Grippe (A)	Immunisation	Annuellement	Les professionnels de la santé doivent être au courant des changements antigéniques au cours d'une telle année; contre-indication: allergie aux protéines de l'oeuf
75+FM3	Troubles auditifs (B)	Anamnèse et examen clinique	Au cours des visites pour d'autres raisons	Priorité de recherche: déterminer la valeur du diagnostic précoce et des moyens de diagnostic disponibles
75+FM4	Hypertension (A)	Mesure de la tension artérielle	Au moins à tous les deux ans	À chaque visite faite pour d'autres raisons
75+FM5	Cancer du côlon et du rectum (B)	Recherche de sang occulte dans les selles	Pas plus d'une fois l'an	Priorité de recherche élevée: définir la sensibilité, la spécificité, l'acceptabilité, les effets secondaires et la fréquence appropriée pour les méthodes de dépistage simples
75+FM6	Cancer de la cavité buccale	Examen de la cavité buccale	Annuellement	Priorité de recherche surtout pour établir la fréquence des examens
75+FM7	Incapacité progressive liée à l'âge (B) Sous-alimentation (C) (B-R)	Évaluation des activités physiques, sociales et psychologiques	Annuellement	Cet examen est le plus important chez les personnes de ce groupe d'âge et doit de préférence être fait à domicile Conserver les activités fonctionnelles est plus important qu'établir un diagnostic Priorité de recherche: déterminer la fréquence optimale et le contenu des évaluations
75+F8	Hypothyroïdie (C)	Examen clinique	À tous les 2 ans	Priorité de recherche élevée: déterminer si le traitement présymptomatique de l'hypothyroïdie en modifie l'évolution naturelle
75+FMR9	Maladies infectieuses affectant les voyageurs internationaux (A)	Immunisation; prophylaxie	Varie selon les maladies	

*Cet ensemble peut être fourni par un professionnel de la santé associé préparé de façon adéquate.

Code	Affection visée et recommandation	Intervention	Meilleure estimation courante de la fréquence optimale*	Observation
75+FMR10	Tuberculose (A)	Épreuve de la sensibilité à la tuberculine, vaccination BCG et chimioprophylaxie au besoin	Si jugé à propos selon le jugement clinique	Pour les personnes en contact avec des tuberculeux ou demeurant dans des collectivités où le taux d'infection est élevé
75+FMR11	Cancer de la peau (B)	Examen; counseling	À intervalles appropriés selon le jugement clinique	
75+FMR12	Cancer de la vessie (B)	Examen cytologique de l'urine	Si jugé à propos selon le jugement clinique	Groupes à risque élevé: les travailleurs exposés aux agents cancérigènes de la vessie et les fumeurs
75+FR13	Cancer du col utérin (B)	Frottis Papanicolaou	À tous les 5 ans ou à des intervalles appropriés selon le jugement clinique	

Tableau 4:
Descriptions graphiques des ensembles de protection sanitaire
Tiré de
l'Union médicale du Canada
Supplément au Vol. 108, No. 12
Décembre 1979.

CHAPITRE 5

Priorités des futurs travaux de recherche

Même bref, un survol du rapport permet de constater le manque flagrant de recommandations pour les catégories A ou E (i.e. absence de preuves pertinentes permettant de recommander l'inclusion ou l'exclusion de l'affection dans l'examen médical périodique). La plupart des recommandations portent sur les catégories B, C ou D (preuves passables, insuffisantes ou inexistantes). Cette situation découle de deux facteurs. Nous sommes tout d'abord convaincus que les recommandations de la catégorie A se limitent presque exclusivement aux cas avec preuves de la catégorie I (tableau V) et que les preuves tirées des stratégies de recherche d'une valeur inhérente inférieure ne peuvent qu'entraîner des recommandations plus réservées. Puis, il n'existe que fort peu de preuves de la catégorie I sur la valeur du dépistage et du traitement précoce des principales causes d'invalidité ou de décès prématuré, comme le glaucome, le diabète, la plupart des affections dentaires ou l'hypercholestérolémie. Nos connaissances actuelles ne nous permettent pas d'émettre des recommandations définitives sur la plupart des troubles.

Pour pouvoir émettre des recommandations plus fermes, nous avons besoin de preuves plus solides et ce chapitre contient le relevé des priorités de recherche qui devraient permettre de les élaborer. Nous tenterons d'abord de savoir pourquoi les preuves des catégories inférieures ne fournissent pas un fondement suffisant pour des recommandations de la catégorie A.

L'acceptation de preuves sans vérification expérimentale

Étant donné la complexité des essais effectués sur des mesures préventives prises au hasard, avec les coûts et le temps inhérents, il fut proposé que les preuves non vérifiées expérimentalement soient acceptées comme base suffisante de recommandations fermes sur les éléments devant constituer l'examen médical périodique. Par exemple, on s'est interrogé sur la nécessité de bien documenter les chances de survie et autres résultats chez les malades dont l'affection a été diagnostiquée tôt (lors de l'examen médical périodique) et de comparer ces données aux résultats similaires chez les malades pour qui ce ne fut pas le cas.

Une telle analyse souffre de trois carences majeures. Tout d'abord, nous pouvons souvent nous attendre à des résultats favorables chez les malades qui sont volontaires pour participer à un programme de dépistage précoce, même avant d'y prendre part. Ainsi, l'essai démontrant la valeur de la mammographie associée à l'examen clinique des seins pour la réduction du taux de mortalité due au cancer du sein a également démontré que l'ensemble des données expérimentales provenant d'un sous-groupe de malades s'étant régulièrement présentés à toutes les séances de dépistage du cancer du sein manifestait un taux de mortalité inférieur pour d'autres affections pour lesquelles aucun dépistage ou traitement n'avait eu lieu. (Shapiro et al., 1971). De plus, du fait de la

«période de relève zéro» se produisant lors d'un diagnostic précoce, une extension apparente de la longévité chez les malades dépistés semble se produire, même si leur traitement s'avère inefficace: en fait, il ne s'agit que d'un délai dans l'évolution de l'affection (Sackett, 1975a). Enfin, comme on s'attend surtout à déceler les causes d'affections à progression lente plutôt qu'à progression rapide, il appert que les malades ainsi dépistés survivront plus longtemps que ceux qui ont été dépistés par des méthodes cliniques traditionnelles, même si le traitement appliqué se révèle inefficace (Feinleib et Zelen, 1969).

Ainsi, nous avons noté à plusieurs reprises que les preuves sans vérification expérimentale comportaient de sérieuses faiblesses qui rendent leur utilisation douteuse quant à l'élaboration de recommandations générales. Les risques deviennent nettement dangereux si l'on considère que cinq conséquences des recommandations générales sont malencontreuses. Premièrement, les répercussions humaines et économiques de l'application généralisée d'une recommandation inutile sont énormes et deviennent incommensurables si la mesure recommandée est plus néfaste qu'utile. Deuxièmement, une recommandation se révélant erronée entrave l'adoption ultérieure d'autres recommandations plus valables. Troisièmement, la perte de confiance qui y est associée atténue l'effet d'autres recommandations plus certaines. Quatrièmement, l'adoption de recommandations n'ayant pas été préalablement éprouvées complique et rend aléatoire la ratification ultérieure d'autres décisions. En fait, il peut être totalement impossible de corriger l'erreur initiale. Finalement, la recherche expérimentale concernant d'autres options préventives et curatives est, dans l'intervalle, complètement étouffée (Sackett et Holland, 1975).

Mais il y a une exception à la règle voulant que les preuves de la catégorie I puissent seules entraîner des recommandations de la catégorie A: lorsque, relativement à la catégorie II, l'intervention clinique révèle qu'elle peut sauver la vie de personnes atteintes d'une affection universellement reconnue comme étant fatale. Si, par exemple, les personnes souffrant d'hypertension maligne ne sont pas soignées, toutes mourront prématurément; par contre, si elles sont soignées, la plupart survivront longtemps. Les preuves de la catégorie II constituent dans ce cas une base suffisante pour l'élaboration d'une recommandation de catégorie A. Ces exemples sont assez rares et, pour la plupart des affections, des preuves expérimentales de la catégorie I seront nécessaires.

La rareté et la nécessité des preuves expérimentales sont admises. Il faut maintenant déterminer les domaines précis où des travaux de recherche doivent être effectués. Ces efforts donneront une base scientifique solide à l'examen médical périodique et permettront d'écarter certains dilemmes identifiés dans le document intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Lalonde, 1974).

Catégories des priorités de recherche

Les priorités de recherche peuvent être regroupées dans quatre catégories, soit: a) *l'efficacité* du dépistage précoce; b) *la valeur* du dépistage précoce; c) *l'efficience* des options de dépistage; et d) *l'association* judicieuse des mesures de dépistage précoce et du *moment* où elles doivent avoir lieu.

Besoin de recherche expérimentale sur l'efficacité du dépistage précoce

Une telle recherche présuppose la nécessité de déterminer si le dépistage précoce d'une affection ou d'un facteur de risque donne de meilleurs résultats lorsque les patients ont bien suivi les conseils médicaux. Entre autres exemples, signalons les essais effectués sur des malades pris au hasard et ne présentant pas de symptômes d'hypertension, qui subissent correctement le traitement basé sur des médicaments actifs ou des placebos, et pour lesquels la mortalité, la morbidité et les effets délétères furent soigneusement notés (Smith, 1977).

Les principaux facteurs qui, dans ce domaine, déterminent les priorités de recherche sont le fardeau des souffrances associées aux troubles sérieux et les connaissances qui permettent de croire qu'une intervention donnée est plus bénéfique que néfaste. Ainsi, les recherches sur l'efficacité constituent généralement la première étape justifiant le dépistage précoce d'une affection.

Les normes méthodologiques concernant cette catégorie de recherche sont décrites dans un autre ouvrage (Sackett, 1975b) et peuvent être résumées comme suit:

1. Les critères permettant d'inclure des affections dans l'étude doivent être clairement énoncés afin que les cliniciens lisant le rapport sachent si les résultats s'appliquent à leurs malades.

2. La répartition des patients en sous-groupes qui doivent ou non subir l'examen médical périodique doit se faire au hasard. L'unité faisant l'objet de cette répartition aléatoire peut varier; il peut s'agir d'un malade, de la famille, du lieu de travail, et ainsi de suite.

3. Une stratification pronostique des patients étudiés doit être effectuée dans la mesure du possible afin de pouvoir déceler les facteurs de risque pertinents pouvant contrer les effets du dépistage précoce.

4. La nature exacte du dépistage collectif et des mesures diagnostiques et thérapeutiques subséquentes doit être décrite avec assez de détails pour permettre aux lecteurs éventuels de pouvoir les reproduire.

5. Il faut préciser s'il s'agit d'une action de dépistage et du traitement qui s'ensuit.

6. Toute autre action de dépistage de cas, de diagnostic et de traitement du groupe expérimental doit être évitée, sauf si ces mêmes «interventions parallèles» sont effectuées avec la même rigueur auprès du groupe de contrôle.

7. Il faut s'efforcer d'éviter de «contaminer» le groupe de contrôle par des mesures de dépistage de cas prises par inadvertance.

8. Les critères permettant de répartir les décès et les cas de morbidité par catégories diagnostiques doivent être explicites et fiables.

9. Tout décès consécutif aux troubles étudiés ou à toute autre cause doit être rapporté.

10. On doit signaler les conséquences de l'«étiquetage» fait plus tôt, spécialement lorsque le dépistage précoce ne permet pas de sauver ou d'aider une proportion des personnes dépistées.

Beaucoup d'affections nécessitent ce type de recherche. Parmi celles-ci, notons le diabète sucré, les coronopathies et la plupart des troubles sensoriels. Des tests adéquats exécutés sur des mesures de dépistage précoce prises au hasard sont en cours d'exécution pour certaines de ces affections, mais il existe un besoin urgent d'entreprendre plus de travaux de cette nature.

Besoin de recherche expérimentale sur la valeur du dépistage précoce

Il est nécessaire de déterminer si une mesure donnée incite ou pousse davantage les malades à se conformer aux mesures de dépistage ou de traitement ayant déjà démontré leur apport bénéfique. Parmi d'autres exemples de ce genre de recherche, notons les tests effectués sur les méthodes permettant aux usagers de la cigarette d'arrêter de fumer (Best et Bloch, 1978) ou l'aide apportée aux personnes souffrant d'hypertension, mais ne présentant pas de symptômes, à prendre leurs médicaments (Haynes et al., 1976).

Les priorités de recherche mentionnées dans ce rapport découlent de l'existence parallèle d'un régime ayant fait ses preuves et de la documentation sur le peu de conformité à ce régime. Des normes devant régir ce type de recherche ont été une fois de plus proposées (Sackett, 1976).

Besoin de recherche expérimentale sur l'efficacité des options de dépistage et sur l'utilisation d'autres ressources humaines

Il faut essayer de savoir s'il est possible de dépister une affection donnée (quand le dépistage précoce et le traitement rapide s'avèrent bénéfiques) par une meilleure utilisation du personnel sanitaire sur place et des ressources financières existantes. Les trois exemples suivants illustrent les priorités et les questions pertinentes.

Le premier exemple est la recherche permettant de déterminer si un test simple, économique et très acceptable, comme la réaction chimique des selles au gaïac, peut remplacer la proctosigmoïdoscopie, plus compliquée, onéreuse, moins acceptable et comportant ses éléments de risque. Des preuves prometteuses laissent croire que cette dernière mesure permet de détecter, à un stade curable, le cancer du côlon et du rectum, avant même l'apparition des symptômes; mais de part et d'autre du sigmoïdoscope, ni le malade, ni le médecin ne jugent l'intervention assez économique ou acceptable pour en généraliser l'utilisation. La réaction chimique au gaïac semble donc être une option souhaitable. Mais, les recherches sur l'efficacité de ces deux mesures de dépistage doivent démontrer clairement qu'elles permettent le dépistage présymptomatique des *mêmes* cancers *curables* et non uniquement que la réaction chimique au gaïac permet de dépister *certains* cancers avant l'apparition des symptômes. Les techniques de dépistage les moins coûteuses, permettant de dépister des troubles incurables, n'entraînent que des coûts plus faibles, sans être pour autant plus efficaces.

Le deuxième exemple est le remplacement de professionnels, dont le nombre est moindre et dont les honoraires sont plus élevés, par un personnel auxiliaire plus nombreux et moins coûteux pour exécuter l'examen médical, entièrement ou en partie. Une fois de plus, le problème n'est pas de savoir si la substitution abaisse simplement le coût de l'examen, mais plutôt de déterminer si, en dernier ressort, le malade retire des avantages égaux ou supérieurs grâce à cette option de rechange.

Le troisième exemple relie cette section à la suivante. Il s'agit de savoir si ces mesures doivent se faire dans le cadre d'un examen médical périodique spécial, ou être considérées comme des mesures de dépistage de cas s'ajoutant lors des contacts cliniciens-malades pendant une maladie intercurrente. Les conséquences économiques et administratives de ces options sont profondes mais elles peuvent, une fois de plus, induire en erreur, sauf si les avantages sanitaires du malade sont semblables dans chaque cas.

Besoin de recherche pour déterminer le moment judicieux où les mesures de dépistage précoce doivent se faire

Parmi les exigences reliées au dépistage à intention curative, l'Organisation mondiale de la santé mentionne ce qui suit: «Il faut examiner s'il est justifié d'associer plusieurs tests de dépistage pour la population envisagée, puisque des différences dans la répartition des deux maladies peuvent contre-indiquer la combinaison des tests respectifs.» (O.M.S., 1971). Une étude approfondie des recommandations contenues dans le rapport du Groupe d'étude révèle que le respect de cette exigence et le libellé des recommandations témoignent de notre manque de connaissances. Nous manquons aussi de données, sur l'incidence et la progression de la plupart des affections, pouvant nous permettre d'énoncer des recommandations plus fermes quant à l'intervalle approprié nécessaire avant d'entreprendre les mesures de dépistage de la plupart des affections. Ces données sur l'incidence et la progression constituent donc des priorités de recherche.

Besoin de recherche sur l'efficacité de la promotion, de l'éducation et du counseling

Les recommandations concernant la promotion, l'éducation et le counseling furent énoncées avec prudence et avec un optimisme mitigé. Les interventions visant à modifier les états et comportements morbides, comme le tabagisme ou le fait de ne pas boucler la ceinture de sécu-

rité, n'ont pas été suffisamment évaluées et la plupart des recherches manquent de rigueur. Les objectifs de l'éducation sanitaire et du counseling sont extrêmement importants, puisqu'ils agissent sur l'incapacité, la maladie et la mort prématurée; et l'évaluation de leur efficacité doit se faire avec la plus grande rigueur possible.

Besoin de recherche sur les conséquences de l'étiquetage des patients en fonction du diagnostic

Il a été démontré que l'étiquetage prématuré ou erroné entraîne parfois un effet délétère sur l'évolution de l'état de santé des personnes diagnostiquées. Les familles des individus ainsi étiquetés souffrent bien souvent des conséquences de cet étiquetage. Nous n'en connaissons pas suffisamment les effets et pas assez d'attention n'a été accordée à l'évaluation des avantages et inconvénients d'une identification présymptomatique d'une maladie donnée. Nous ne connaissons pas grand-chose sur les risques d'un étiquetage erroné après l'obtention de résultats faussement positifs, surtout lorsque la spécificité des mesures de dépistage est assez faible.

Recherche sur les caractéristiques de rendement des mesures de dépistage

Il importe peu que la mesure de dépistage se présente sous forme de question, d'examen ou de «bilan» complet, d'épreuve particulière ou d'un système comme le dépistage multiséquentiel; il est clair que nous devons être mieux renseignés sur la sensibilité, la spécificité, la valeur de prédiction, l'acceptabilité et le coût d'une telle mesure. Il faut également évaluer avec soin dans quelle mesure cette procédure de dépistage peut être remplacée par une autre, surtout lorsque les méthodes technologiques pertinentes se perfectionnent.

Conditions préalables à une recherche fructueuse

Pour que la recherche réussisse, cinq conditions doivent exister.

La première est la disponibilité de méthodologistes bien formés et de cliniciens aptes à mener cette recherche. La seconde, qui y est reliée, est l'existence de fonds adéquats de recherche pour effectuer leurs travaux.

La troisième est l'élaboration permanente de meilleures méthodes de mesure de l'état de santé et une meilleure utilisation sanitaire pour que les résultats des expériences sur les mesures de dépistage précoce soient valables, pertinents et dignes de foi.

La quatrième condition est un épanouissement constant de nos connaissances en biologie humaine et en histoire naturelle de la santé et des maladies, pour que ceux qui en étudient l'efficience, la valeur et l'efficacité continuent de mettre en question, par des expériences adéquates, les thérapies et les mesures de dépistage préconisées. La cinquième est une évaluation globale permanente des connaissances générales dans le domaine, embrassant le fardeau des souffrances causées par ces affections, la valeur des mesures de leur dépistage, de leur prévention et de leur traitement, et la mise à jour des priorités visant à concrétiser les activités de recherche en cours et à venir.

Attitude à adopter jusqu'à ce que la valeur véritable d'une action de dépistage précoce soit connue

Dans son ouvrage intitulé *The logic of Medicine*, Murphy préconise:

> *«Si nous ne connaissons pas la réponse, soyons assez honnêtes pour l'admettre. Si nous n'avons pas de preuves, abstenons-nous d'apposer le sceau de l'approbation intellectuelle jusqu'à ce que nous en possédions. Il vaut mieux demeurer agnostique pour toujours que d'adorer de faux dieux.»*
> (Murphy, 1976) (Traduction libre)

Le Groupe d'étude a adopté la même attitude pour les raisons énoncées dans les chapitres antérieurs et au début de ce chapitre. Qu'arrive-t-il alors aux cliniciens surchargés de travail qui doivent agir *dès maintenant* et ne peuvent attendre la cueillette et la publication de preuves concluantes? Faut-il les oublier?

Il n'en est pas question. Chaque jour, des cliniciens consciencieux travaillent avec des preuves incomplètes, optant pour des mesures cliniques qui, à leur avis, servent au mieux les intérêts de leurs malades. Il en va de même pour les mesures de dépistage précoce dont il est question dans le rapport. Les mesures considérées après un examen rigoureux comme étant plus bénéfiques que nocives sont recommandées sans équivoque. Les autres sont présentées en signalant clairement et honnêtement leur manque de certitude. La pire manière de desservir le clinicien surchargé serait de ne pas distinguer entre ces deux catégories de mesures de dépistage et la catégorie de preuves pertinentes.

Tableau V Lien existant entre catégories de preuves et catégories de recommandations

Catégories de preuves		Catégories de recommandations	
I	Essai approprié avec groupe contrôle, fait de façon purement aléatoire, ayant démontré que le régime fait plus de bien que de mal (en termes de survie, de bien-être physique, social et affectif, d'absence de douleurs et d'anxiété).	A	Il existe de bonnes preuves à l'appui de la recommandation d'inclure l'affection dans l'examen médical périodique.
II-1	Études analytiques de cohortes ou étude avec groupe contrôle, (effectuées de préférence dans plusieurs centres et par plusieurs groupes) laissant croire que le régime fait plus de bien que de mal.	B	Il existe des preuves passables à l'appui de la recommandation d'inclure l'affection dans l'examen médical périodique.
II-2	Comparaisons entre époques et lieux où la mesure de dépistage a été ou non effectuée et le régime appliqué (traitement ou prévention), laissant croire que le régime fait plus de bien que de mal.		
III	D'éminents experts faisant autorité dans le domaine sont convaincus de la valeur (positive ou négative) du régime d'après des études descriptives, des expériences cliniques et des rapports de comités d'experts ou de groupes d'étude.	C	Il y a peu de preuves à l'appui de la recommandation d'inclure (ou d'exclure) l'affection dans l'examen médical périodique et des recommandations peuvent être faites à partir d'autres motifs.
II	(Comme ci-dessus)	D	Il existe des preuves passables à l'appui de la recommandation d'exclure l'affection de l'examen médical périodique.
I	(Comme ci-dessus)	E	Il existe de bonnes preuves à l'appui de la recommandation d'exclure l'affection de l'examen médical périodique.

Références

BEST JA, BLOCH M: Compliance in the control of cigarette smoking. In: *Compliance with Therapeutic and Preventive Regimens*. (eds: HAY NES RB, TAYLOR DW, SACKETT DL). Baltimore: John Hopkins University Press, 1978.

FEINLEIB M, ZELEN M: Some pitfalls in the evaluation of screening programs. Arch Environ Health *19*: 412, 1969.

HAYNES RB, SACKETT DL, GIBSON ES, TAYLOR DW, HACKETT BC, ROBERTS RS, JOHNSON AL: Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. Lancet 1: 1265-1268, 1976.

LALONDE M: *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa: Gouvernement du Canada: 57-58, 1974.

MURPHY EA: *The Logic of Medicine*. Baltimore: John Hopkins University Press: 166, 1976.

SACKETT DL: Screening for early detection of disease. Bull New York Acad Med *51*: 39-52,1975 a.

SACKETT DL: Periodic examination of patients at risk. In: *Cancer Epidemiology and Prevention*. (ed: SCHOTTENFELD D). Springfield: Chas. C. Thomas, 1975 b.

SACKETT DL, HOLLAND WW: Controversy in the detection of disease. Lancet 2: 357, 437-454. 1975.

SACKETT DL: Priorities and methods for future research. In: *Compliance with Therapeutic Regimens*. (eds: SACKETT DL, HAYNES RB). Baltimore: John Hopkins University Press: 169-186, 1976.

SHAPIRO S, STRAX P, VENET L: Periodic breast cancer screening in reducing mortality from breast cancer. J Amer Med Assoc *215*: 1777-1785, 1971.

SMITH WN: Treatment of mild hypertension. Circulation Res Suppl 1, *40*: 98-105, 1977.

W.H.O.: *Mass Health Examinations*. Public Health Papers No 45, Genève: Organisation mondiale de la santé: 81-82, 1971.

CHAPITRE 6

Recommandations pour l'étude permanente des normes régissant les examens médicaux périodiques

Les recommandations avancées dans le rapport sont celles que, pour le moment, le Groupe d'étude considère comme justifiées. Elles doivent toutefois continuer d'évoluer car de nouvelles preuves sur la valeur des mesures préventives ou curatives ne cessent de voir le jour. Il arrive souvent que de nouvelles données plus précises sur la sensibilité, la spécificité, la valeur de prédiction et d'autres attributs des mesures de dépistage se manifestent. L'évolution des conditions socio-économiques peut suggérer une nouvelle étude des présentes recommandations.

Nous recommandons donc une étude permanente des indications, des normes et de la fréquence des examens médicaux périodiques. Les efforts que les gouvernements fédéral et provinciaux déploient actuellement pour mettre encore plus d'accent sur la prévention, la protection sanitaire et la modification du mode de vie, ainsi que sur l'importance clinique que prendra éventuellement l'examen médical périodique pour le médecin, justifient le besoin d'une telle étude.

Qualité des preuves soumises au Groupe d'étude

Comme les résumés de la documentation étudiée par le Groupe d'étude et ses experts-conseils le montrent (chapitre 3), les preuves concernant la valeur ou l'efficacité de la plupart des mesures de prévention en vigueur sont rares. La même constatation peut être faite au sujet de la prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Nous avons encore moins de preuves sur les avantages que le dépistage précoce peut avoir pour modifier le cours de l'histoire naturelle des affections les plus communes. Les preuves sur l'efficacité d'une bonne proportion des régimes thérapeutiques les plus courants ayant trait à des cas pouvant être décelés tôt ne sont guère plus nombreuses et nos études nous l'ont confirmé. De plus, lorsque les preuves sont d'une qualité acceptable, les avantages cliniques qui sont supposés découler de ces régimes thérapeutiques sont bien moindres qu'on ne le croit couramment. De même, en étudiant les diverses mesures de dépistage, du simple examen des structures ou des appareils anatomiques aux épreuves biochimiques ou immunologiques les plus compliquées, on constate que les données sont généralement incomplètes. Nous ne savons pas grand-chose de la sensibilité, de la spécificité et de la valeur de prédiction de la plupart des mesures de dépistage.

Nous avons bien souvent dû travailler sur des preuves imparfaites, ou sans preuves, et opter pour ce que la plupart des cliniciens font déjà depuis de nombreuses années, c'est-à-dire utiliser notre bon sens et le discernement clinique. Nous avons dû simultanément identifier sans cesse nos priorités de recherche.

Approche adoptée pour l'élaboration des recommandations

Nous ne nous sommes pas abstenus d'émettre des recommandations parce que les preuves étaient inadéquates. Nous avons fréquemment jugé opportun d'opter pour la prudence et la prudence nous faisait parfois exclure une mesure et l'inclure à d'autres moments. Les

mesures qui ont été incorporées à titre d'orientation majeure traduisent un respect mitigé vis-à-vis de l'opinion actuellement perçue comme généralisée chez les professionnels ou dans le public. On notera cependant, dans le rapport, certains écarts quant aux normes. Nous avons essayé d'éviter toute adhésion irréfléchie au mode traditionnel et toute approche iconoclaste.

Recommandations sur l'étude permanente

Nous recommandons que la Conférence des sous-ministres de la santé crée un groupe consultatif permanent d'experts sur l'examen médical périodique. Cet organisme consultatif serait coordonné par la Direction des services d'hygiène de Santé et Bien-être social Canada et compterait de 9 à 12 membres avec un mandat d'une durée déterminée. La majorité des membres devrait être des cliniciens ou des scientifiques et certains d'entre eux devraient déjà avoir de l'expérience en formulation de politiques sanitaires. Leur mandat devrait être assez long pour permettre une participation permanente maximale bien informée des membres.

Ce groupe d'experts devrait se réunir assez fréquemment (de quatre à six fois par année) pour évaluer les priorités évidentes reliées à l'examen médical périodique et soumettre à chaque année un rapport de ses constatations et recommandations à la Conférence des sous-ministres de la santé.

Les objectifs du groupe d'experts-conseils permanent seraient les suivants:

1. Passer en revue les preuves concernant la validité de la prévention et du dépistage précoce des affections virtuellement évitables.

2. En collaboration avec la Direction des programmes de recherche et d'évaluation de Santé et Bien-être social Canada et les ministères provinciaux de la santé, favoriser les travaux de recherche sur les problèmes identifiés par le présent Groupe d'étude et le groupe consultatif envisagé. Effectuer des travaux de recherche sur la prévention éventuelle des affections pouvant entraîner incapacité ou décès, des états et comportements morbides, ainsi que sur l'efficacité, l'acceptabilité et l'utilité des diverses mesures de dépistage.

3. Reformuler ou modifier les recommandations faites par le Groupe d'étude et par tout autre groupe homologue existant au Canada.

4. Servir de forum pour l'interprétation des recommandations existantes. Le groupe consultatif permanent pourrait, par exemple, veiller en particulier à ce que les avantages maximaux approuvés en vertu des régimes d'assurance-santé soient ramenés au minimum «moyen» de pertinence décrit dans ce rapport.

5. Conseiller, sur demande, les organismes fédéraux et provinciaux, les professionnels et les groupes de consommateurs sur des questions relatives à la prévention en général et l'examen médical périodique en particulier.

6. Nommer des groupes d'étude ad hoc chargés de se pencher sur des problèmes spéciaux, plus particulièrement les controverses sur les affections ayant un impact important sur la santé de la population du fait de leur fréquence ou de la nature de leurs effets délétères.

Cette recommandation sur l'étude permanente correspond à l'attitude adoptée par le Groupe d'étude au début de ses délibérations, c'est-à-dire: ne pas considérer ce rapport comme un ouvrage définitif, mais bien comme un point de départ pour l'élaboration d'une politique réfléchie en matière de prévention des affections et du maintien de la santé des citoyens du Canada.

CHAPITRE 7

Aspect social et aspect économique

Les «ensembles de protection sanitaire» recommandés dans ce rapport comportent surtout des mesures dont on a démontré scientifiquement le pouvoir de limiter l'apparition ou la progression de certaines affections ou de certains troubles. Nous avons surtout insisté sur la promotion et la protection de la santé chez ceux qui ne formulent aucune plainte, et nous croyons que les formalités que nous avançons devraient faire partie des premiers soins offerts à tous. Nous sommes d'avis que ces propositions pourraient être des applications pratiques de stratégies que les gouvernements canadiens ont déjà proposées, plus particulièrement dans le document de travail intitulé *«Nouvelle perspective de la santé des Canadiens»*. Ces propositions entraînent toutefois des conséquences économiques et sociales dont il faut s'occuper, bien qu'elles ne fassent pas directement partie du mandat du Groupe d'étude.

En rejetant l'examen complet annuel, nous avons, pour chaque groupe d'âge, recommandé des mesures préventives et des conseils, en plus de ceux de dépistage, afin d'identifier les troubles présymptomatiques ou les facteurs de risques dangereux pour la santé. Nos propositions doivent être perçues comme faisant partie d'un programme dynamique se modifiant avec l'acquisition de nouvelles connaissances. Cependant, le plan «à vie» aura besoin d'être épaulé par de nombreux groupes lors de chaque modification, surtout pour engendrer collaboration et participation et permettre d'en évaluer les avantages. Le grand public et les professionnels doivent être tenus bien informés de ces nouvelles propositions.

Le meilleur endroit pour offrir ces services recommandés dépend des conditions locales; il pourra être soit le cabinet du médecin, l'hôpital, un établissement de soins ambulatoires, l'école, une unité d'hygiène publique, des services professionnels de santé ou des programmes bénévoles.

Aspect social

Le public

Le public devra être informé de notre recommandation quant à l'élimination des examens annuels réguliers et des raisons qui motivent l'adoption de différentes formalités pour divers groupes d'âge. L'abandon, en particulier, de certaines mesures régulières de dépistage, comme l'ECG chez les hommes d'âge mûr et la palpation abdominale chez la plupart des adultes, devra être expliqué aux malades. Au début, cela pourra prendre plus de temps que l'intervention en soi. Des renseignements devront être fournis pour que le public accepte et approuve le changement. Au fur et à mesure que de nouvelles preuves, quant à la valeur des mesures de prévention, seront soumises, elles devront être étudiées avec une rigueur scientifique afin d'établir les moyens par lesquels elles seront transformées afin de mieux informer et convaincre le public. De plus, bien que l'autosuffisance soit considérée comme un objectif désirable et que l'échange mutuel d'aide soit jugé comme une mesure complémentaire, nous insistons sur la recherche devant démontrer la possibilité d'en arriver à des changements

d'attitudes et de comportement de vie chez l'individu et au sein de la société en général. Parmi les changements importants d'attitudes, nécessaires pour garantir une participation efficace du public dans la mise en application de nos recommandations, il est essentiel d'insister davantage sur les aptitudes plutôt que sur les incapacités, comme cela a déjà été fait avec succès en réadaptation.

Plusieurs mesures seront requises. La diffusion de l'information au public, l'introduction de programmes visant à améliorer l'adhésion aux mesures préventives et curatives efficaces et l'évaluation qui en résulte doivent toutes faire l'objet d'efforts soutenus, puisque les rajustements sociaux importants prennent du temps et que des recherches longues et complexes sont nécessaires pour mettre en évidence la valeur de telles approches.

Tel que mentionné dans le chapitre 4, certains groupes de population, comme les enfants et certaines personnes âgées, ne peuvent exercer leur droit ou même assumer la responsabilité de leur auto-suffisance. Il incombe aux gouvernements, qui doivent en être tenus responsables, d'assurer certains services de protection sanitaire, comme la vaccination des enfants et la prestation de services de logement et d'alimentation aux personnes âgées de plus de 75 ans, compte tenu de leur aptitude à fonctionner.

Dispensateurs de services sanitaires

Le rapport pourrait avoir une incidence sérieuse sur les dispensateurs de services sanitaires, en particulier sur ceux qui prodiguent les premiers soins. Le rapport élabore une approche sélective de la médecine préventive sous forme d'ensembles de protection sanitaire visant le dépistage et la prévention, qui offrent aussi l'occasion de conseils médicaux et d'efforts de promotion de la santé.

On a inculqué à bien des médecins la notion voulant que l'examen médical annuel régulier soit une formalité valable; le dépistage collectif et les batteries de tests diagnostiques ont joui de la même popularité. Le rapport signale que ces opinions doivent être réévaluées. Il faudra admettre le bien-fondé de nouveaux concepts de médecine familiale, soit la responsabilité incombant à un médecin pour un groupe de population bien défini et l'occasion qui en résulte de faire du dépistage collectif et d'accéder à une forte proportion de la population. Les registres âge-sexe peuvent, par exemple, servir de mécanisme permettant d'établir le relevé des personnes pour lesquelles les médecins prodiguant les premiers soins sont responsables et faciliter ainsi l'adoption des changements proposés. Tout comme l'ensemble de la profession médicale, le médecin devra être convaincu des avantages de la nouvelle approche sélective de la prévention et du rôle essentiel qu'il y jouera.

Bien des formalités recommandées dans le rapport peuvent être assumées, du moins en partie, par le personnel associé de la santé. Les médecins seraient alors plus libres pour accomplir des activités nécessitant véritablement leur compétence. Une nouvelle délimitation du rôle des professionnels associés de la santé ne peut se faire sans changements internes. L'infrastructure modifiée pourra ainsi s'appliquer à un service médical en particulier ou à des services de soutien assurés par d'autres, selon divers types d'entente.

Gouvernements

Comme ce rapport doit être soumis à la Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada, les divers gouvernements prendront vraisemblablement des mesures pour s'assurer que les professionnels y répondront positivement. Ils devront sans doute éclaircir bien des questions concernant l'exercice de la médecine et l'influence des propositions contenues dans ce rapport.

À tous les niveaux, les gouvernements et leurs organismes devraient opter pour une position définitive quant à la philosophie, aux objectifs et aux propositions du rapport. S'ils appuient ce rapport, ils participeront alors aux changements sociaux en question, qui seront mis sur pied, pour le public, par les professionnels. Ils devront être prêts à le rendre prioritaire et à énoncer clairement leur politique dans le domaine de la santé. Cette politique sera qualifiée de politique sociale.

Les gouvernements sont les organismes les mieux placés, lorsque la consultation avec les autres participants a eu lieu (le public et les professionnels), pour lancer et coordonner la diffusion de l'information, la mise sur pied de programmes éducatifs et l'évaluation des effets.

Aspect économique

L'incidence économique du rapport soulève plusieurs questions. Celles-ci ont trait au rapport coût-avantage social de ses recommandations, aux implications relatives à la rémunération du personnel de santé, aux modifications éventuelles des dépenses des services de santé et aux besoins en fonds d'investissements et de stimulants.

Rapport coût-avantage social

Les activités de santé favorisant le dépistage précoce des affections entraînent des coûts sociaux particuliers, puisqu'elles permettent, des mois et des années à l'avance, d'apposer une étiquette sur des personnes qualifiées de «malades» ou faisant partie de «groupes à risque élevé», ce qui n'aurait eu lieu que beaucoup plus tard lors du traitement des symptômes. C'est pourquoi les avantages découlant du dépistage précoce doivent être jugés en fonction de cet étiquetage à mauvais escient, comme c'est le cas de l'hypertension asymptomatique, de l'absentéisme accru au travail et de la baisse de bien-être psychosocial (Haynes et al, 1978). De plus, chez un malade pour qui le dépistage précoce et l'étiquetage n'ont pas permis d'améliorer la santé par opposition à celui dont l'affection symptomatique a été décelée plus tard, le dépistage précoce aurait fait plus de mal que de bien eu égard au coût-avantage social.

Le Groupe d'étude a analysé les affections virtuellement évitables d'après le fardeau de souffrances qu'elles entraînent chez le malade et les avantages sociaux qui

devraient résulter du traitement. Il ne s'est pas attaché *directement* aux questions financières, mais ses recommandations ont une incidence financière. Ces implications découlent de l'approche que le Groupe d'étude a adoptée pour l'examen médical périodique, et ce, de trois façons particulières. En premier lieu, le Groupe d'étude a abordé les affections *principales* pour lesquelles un traitement efficace donnerait probablement le rapport coût-avantage le plus élevé. Puis, il a cherché à inclure surtout les affections pour lesquelles un traitement qui s'est révélé efficace pour améliorer la qualité de la vie et alléger le fardeau des souffrances est à la disposition du malade. Ces affections nécessitent des soins dont il est déjà tenu compte dans les coûts actuels des soins de santé. Enfin, il a choisi les affections de sorte à favoriser une meilleure utilisation des ressources sanitaires existantes.

Il s'agit là d'hypothèses générales sur le coût-avantage social. Comme la documentation sur le coût-avantage de la prévention est rare, ce domaine devrait, parmi tant d'autres, faire l'objet d'une priorité de recherche.

Rémunération du personnel de santé

L'adoption des propositions du rapport aura un effet important sur la rémunération du personnel de santé et plus particulièrement sur les médecins rémunérés à l'acte.

Si l'approche sélective est adoptée et les ensembles de protection sanitaire acceptés, la rémunération reliée à l'évaluation de personnes asymptomatiques et visiblement bien portantes pourra se limiter aux seules circonstances dont il est question dans ce rapport. Sans connaître la proportion des examens qualifiés «d'examens complets» ou «d'évaluations générales» qui pourraient s'inscrire dans cette catégorie (les données ne pouvant être extraites des dossiers actuels), nous pensons qu'elle serait assez forte. Il serait raisonnable de s'attendre à ce que les organismes chargés de cette rémunération prennent des mesures pour identifier les examens de cette catégorie et établir des critères limitant les versements concernant les seules formalités recommandées dans ce rapport.

Toutefois, le Groupe d'étude insiste sur le fait que plusieurs de ses recommandations sur le contenu et la fréquence des examens médicaux périodiques sont forcément plutôt arbitraires. En l'absence de données scientifiquement acceptables, nos recommandations se sont fondées sur le bon sens et les pratiques couramment acceptées.

Certaines personnes et certains groupes étant plus susceptibles que d'autres d'affections particulières, les programmes d'assurance-santé devraient continuer d'en tenir compte. Il faudra s'assurer que les familles qui ont un plus grand besoin d'interventions préventives, en général celles qui sont démunies ou défavorisées, continueront d'en bénéficier, car beaucoup d'entre elles pourront requérir des visites plus fréquentes que notre plan ne le recommande pour recevoir des soins préventifs pour la famille ou la personne «moyenne».

Aussi, lorsqu'un doute raisonnable sera soulevé quant aux effets néfastes du retrait du versement d'honoraires pour des services associés aux formalités à l'étude (comme c'est le cas pour la mammographie), l'accès à de tels services ne devra pas être prématurément interdit.

Au chapitre des mesures, nous proposons que, dans certains cas, l'acte soit limité à du counseling, pour lequel un montant limité a été prévu dans les échelles d'honoraires. Quant ce service est inclus, il devrait être rémunéré selon un tarif horaire, alors que les systèmes de remboursement sont essentiellement fondés sur la rémunération à l'acte.

Il faudra, par ailleurs, reconnaître l'importance des médecins et du personnel auxiliaire rémunérés autrement qu'à l'acte. Bon nombre de mesures préventives préconisées et de recommandations émises se prêtent mal à la rémunération à l'acte.

Les propositions du rapport ont trait aux affections entraînant un lourd fardeau de souffrances et ont pour but de l'alléger, grâce à nos connaissances actuelles, en établissant un relevé des méthodes efficaces de prévention et de traitement précoce. Bien que les avantages soient difficiles à évaluer, il semble possible de les multiplier tout en permettant, dans une certaine mesure (voire dans une très forte proportion), de réduire les dépenses associées aux services de santé.

La prévention ou l'identification précoce d'affections curables permettra de réduire les dépenses dans la mesure où le traitement précoce nécessite un nombre réduit de journées d'hospitalisation et peu de personnel très spécialisé. Il en résultera des avantages seulement si les ressources sont adaptées pour refléter cette amélioration. Si on persiste à retenir autant de lits du type actuel et un aussi grand nombre de services de la part du personnel, on ne pourra réduire les dépenses et atteindre un rapport coût-avantage social supérieur à celui qui était signalé dans le chapitre précédent, sans devoir réduire les ressources de façon appropriée.

Selon les hypothèses émises, on peut s'attendre à ce que l'approche sélective des examens médicaux périodiques permette de réduire le coût des examens complets au pays, même en y ajoutant un montant réaliste d'honoraires et de salaires reliés aux activités de prévention et de consultation.

Fonds d'investissements et de stimulants

Le rapport propose un programme qui prendra du temps à s'élaborer et offrira des avantages à long terme, plutôt que des résultats immédiats. Pour y parvenir, il faudra d'abord investir pour améliorer la qualité de la vie et la santé des Canadiens.

Il s'agit d'un bon exemple du besoin de reconnaître les fonds d'action (investissements) comme étant des dépenses distinctes de celles reliées à l'exploitation courante. Si ces fonds d'investissements ne sont pas distincts, ceux qui dépendent des budgets d'exploitation collaboreront à contrecoeur. Des ententes complexes et permanentes s'imposent pour appliquer les recommandations de ce rapport. Faute d'appui, toute chance de succès serait sérieusement compromise.

Il faut des stimulants pour mettre encore plus d'accent sur la prévention et la protection de la santé. Pour reprendre un exemple précis, déjà mentionné dans ce chapitre, les gouvernements devraient voir à faciliter le relevé des malades pour chaque médecin prodiguant des premiers soins, de sorte que les examens de contrôle et la surveillance soient moins un fardeau administratif. Selon les méthodes actuelles de rémunération, les médecins pourraient être financièrement pénalisés s'ils entreprenaient de telles activités. Des mesures doivent donc être prises pour que ce ne soit pas le cas et que les médecins soient rémunérés, en argent ou autrement, pour leur participation et leur appui. En particulier, les médecins qui consentent à consacrer leurs efforts à des groupes socialement et économiquement désavantagés, devraient être encouragés à le faire par tous les moyens grâce à des stimulants.

On devrait, finalement, continuer à mettre en vedette les priorités actuelles de recherche, axées sur la solution des questions reliées à ce rapport et plus particulièrement aux problèmes soulevés tout au long du rapport, puisqu'ils requièrent de façon urgente l'attention soutenue de médecins et de chercheurs travaillant en collaboration. Des sommes provenant d'un fonds d'action devraient également être investies dans le programme de recherche.

Référence

HAYNES RB, SACKETT DL, TAYLOR DW, GIBSON ES, JOHNSON AL: Increase absenteeism from work after detection and labelling of hypertensive patients. New Engl. J. Med. 299: 741-744, 1978.

Introduction à la bibliographie

Quand les membres du Groupe d'étude sur l'examen médical périodique consultèrent les experts-conseils à propos des affections considérées comme potentiellement évitables, plusieurs rapports rédigés par ces spécialistes renfermaient des renvois à des documents portant sur ce même sujet. Ces références ont été rassemblées et répertoriées alphabétiquement par auteur, pour chacune des affections, telles qu'elles figurent au tableau II. Les RÉFÉRENCES CHOISIES, mentionnées au sommaire du chapitre III et au tableau IIb, sont marquées d'un point.

On a demandé aux experts de porter une attention toute particulière aux trois points suivants: la valeur de la mesure préventive ou curative, le fardeau actuel de souffrances et l'intervention, soit les moyens utilisés pour dépister les affections ou les prévenir, dans le cas de la prévention primaire. On s'est fondé sur ces trois points pour dresser un répertoire annoté pour chaque affection. Toute référence pouvant se rapporter à plus d'une affection se trouve sous celle mentionnée en premier lieu. Dans un cas semblable, il y a un renvoi à la rubrique de l'affection où la référence paraît en entier.

Le nombre des renvois varie d'une affection à l'autre et il ne représente aucunement le degré de connaissances que l'on possède sur le sujet particulier. Cela s'explique plutôt par le fait que dans les premières étapes du travail, les experts-conseils devaient fournir un résumé des renseignements disponibles sur chaque affection et que, par la suite, on leur a demandé de présenter un document plus complet. Par conséquent, il arrive que les sommaires de certaines affections ne comportent aucune référence, en raison du manque d'ouvrages sur le sujet ou de la réception tardive des rapports.

Le Groupe d'étude veut remercier le Groupe de recherche du Centre Kellogg de l'hôpital Général de Montréal de sa collaboration et, tout particulièrement, M^me^ H. Bauersfeld, de même que le personnel des bibliothèques de l'Université McGill et de l'hôpital Général de Montréal. Le Groupe d'étude est aussi très reconnaissant à M^mes^ K. Mitchell et S. Clarkson pour leur aide précieuse dans le domaine de la programmation d'ordinateur, ainsi qu'au personnel du Centre de traitement des données de l'Université McGill.

BIBLIOGRAPHIE ANALYTIQUE

01. Détresse respiratoire du nouveau-né

Downing JW. Coleman AJ. Mahomedy MC et al.:
Lateral table tilt for caesarean section.
Anaesthesia 29: 696-703, 1974

Enquête effectuée auprès d'une centaine de mères en bonne santé afin de déterminer l'effet de la position de la mère sur le foetus, lors d'une césarienne. Une cinquantaine de femmes, choisies au hasard, ont subi leur césarienne en décubitus dorsal et, pour cinquante autres, on a incliné la table d'opération de 10°, sur le côté. Deux minutes après l'accouchement, les dépressions légères des nouveau-nés étaient moins fréquentes et le test APGAR obtenait de meilleurs résultats chez le groupe pour qui on avait penché la table. On a conclu que l'inclinaison latérale de la table, lors d'une césarienne, évitait la compression de la veine cave inférieure et de l'aorte par l'utérus, ce qui représente de grands avantages pour le nouveau-né.

Gare DJ. Shime J. Paul WM et al.:
Oxygen administration during labor.
Am J Obstet Gynecol 105: 954-961, 1969

Étude visant à obtenir des renseignements sur l'effet de l'administration d'oxygène sur le taux de pO_2 du foetus et sur l'effet de diverses durées d'administration au cours du travail. On a constaté, dans la plupart des cas, que moins le taux initial de pO_2 était élevé, plus ce taux augmentait dans le sang capillaire du foetus. On a conclu que l'administration d'oxygène était utile dans le cadre du traitement de la souffrance foetale.

Goodwin JW, Dunne JT, Thomas BW:
Antepartum identification of the fetus at risk.
Can Med Assoc J 101 (Oct 18): 458-464, 1969

Présentation d'une technique d'évaluation servant à dépister les foetus à risque élevé. Cette technique tient compte des conditions défavorables reconnues et recourt à un concept de risques foetaux cumulatifs. Elle sera vraisemblablement reconnue comme valable une fois comparée à une technique plus complexe d'évaluation des risques et à la mesure de l'estriol produit dans 85 cas.

Haverkamp AD, Thompson HE, McFee JG et al.:
The evaluation of continuous fetal heart-rate monitoring in high-risk pregnancy.
Am J Obstet Gynecol 125: 310-320, 1976

Étude prospective comparant l'efficacité de la surveillance électronique du foetus par rapport à l'auscultation des bruits du coeur. Les avantages présumés de la surveillance électronique du foetus, en vue de l'augmentation de ses chances de survie, n'ont pas été démontrés par cette étude.

Hobel CJ:
Recognition of the high-risk pregnant woman. In *Management of the High-risk Pregnancy*. (Ed Spellacy WN).
Univ Park Press, 1976, pp 1-28

Excellente étude portant sur les divers systèmes d'évaluation mis au point pour déterminer le degré de risques associés à la grossesse.

Hobel CJ, Hyvarinen MA, Okada DM et al.:
Prenatal and intrapartum high-risk screening. I. Prediction of the high-risk neonate.
Am J Obstet Gynecol 117: 1-9, 1973

Présentation d'une technique d'identification des grossesses à risque élevé, basée sur une analyse prospective multifactorielle des faits survenant au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement. On a constaté qu'en utilisant une méthode d'analyse par régression multiple, les cotes données au moment même du travail étaient le meilleur indicateur des risques néo-natals (en nombre de jours d'hospitalisation), suivi, pour la valeur prédictive, des cotes données avant la naissance.

Niswander DR, Friedman EA, Hoover DB et al.:
Fetal morbidity following potentially anoxigenic obstetric conditions. I. Abruptio placentae.
Am J Obstet Gynecol 95: 838-845, 1966

Étude de la relation entre l'hématome rétroplacentaire, en tant qu'accident anoxique, et l'état neurologique du nourrisson en croissance. Le lien existant entre l'incidence accrue de la toxémie chez les femmes frappées d'hématome rétroplacentaire a été confirmé une fois de plus. La prématurité affecte plus l'état neurologique du nourrisson en croissance que l'hématome rétroplacentaire.

Ott WJ:
The current status of intrapartum fetal monitoring.
Obstet Gynecol Surv 31: 339-364, 1976

Excellente étude de la méthode actuelle de surveillance du rythme cardiaque du foetus. Il a été conclu, à la suite de cette étude, qu'un rythme cardiaque foetal normal tout au long du travail est très étroitement lié à un bon résultat de l'accouchement. Cependant, toute arythmie doit quand même être interprétée avec soin, à la lumière de l'état général de la mère et du foetus.

Perkins RP:
Antenatal assessment of fetal maturity. A review.
Obstet Gynecol Surv 29: 369-384, 1974

Après avoir étudié les moyens actuellement disponibles d'évaluation du foetus, il a été conclu qu'en prodiguant tôt des soins prénatals on pouvait prévenir le besoin de soins intensifs. De nos jours, en obstétrique, on considère essentielle l'étude du liquide amniotique.

Romney SL, Gabel PV:
Maternal glucose loading in the management of fetal distress.
Am J Obstet Gynecol 96: 698-709, 1966

Évaluation de la surcharge en glucose maternel pendant le travail comme moyen de traiter la souffrance foetale. Il a été suggéré que le glucose revêt des propriétés thérapeutiques importantes pour le foetus, lorsqu'il est administré à la mère en cas de souffrance foetale.

Sadovsky E, Polishuk WZ:
Fetal movements in utero. Nature, assessment, prognostic value, timing of delivery.
Obstet Gynecol 50: 49-55, 1977

Excellente étude de la méthode actuelle d'interprétation des mouvements du foetus dans l'utérus.

Schifrin BS, Dame L:
Fetal heart rate patterns. Prediction of APGAR score.
JAMA 219: 1322-1325, 1972

Étude portant sur la valeur du matériel servant à surveiller le rythme cardiaque foetal (R.C.F.). La surveillance continue du R.C.F. et de la pression intra-utérine pendant les 30 dernières minutes du travail a servi à prédire l'indice APGAR sans le recours aux données cliniques. Le R.C.F. normal s'est révélé précis à peu de chose près pour la prédiction d'indices APGAR élevés à cinq minutes. Le R.C.F. anormal peut, dans une certaine mesure, servir à prédire des indices APGAR peu élevés.

Scott KE, R Usher:
Fetal malnutrition: its incidence, causes and effects.
Am J Obstet Gynecol 94: 951-963, 1966

Étude épidémiologique de la sous-alimentation des foetus visant à déterminer son incidence, les causes possibles au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement, et la pathologie foetale associée. L'asphyxie et les malformations congénitales ont été fréquemment observées chez des enfants ayant souffert de sous-alimentation foetale, d'où une augmentation des taux de mortinatalité et de mortalité néo-natale

Steiner H, Neligan G:
Perinatal cardiac arrest. Quality of the survivors.
Arch Dis Child 50: 696-702, 1975

Étude prospective de 22 survivants d'arrêts cardiaques post-natals et évaluation de l'état neurologique et développemental des nouveau-nés. Si la respiration régulière n'a pas été rétablie dans les 30 minutes suivant la réapparition du pouls, le risque de lésions cérébrales permanentes est nettement plus grand.

Weingold AB, Dejesus TPS, O'Keiffe J:
Oxytocin challenge test.
Am J Obstet Gynecol 123: 466-472, 1975

Étude du test de provocation de l'ocytocine; ses indications, sa technique, ses limites et son lien avec d'autres tests faits avant l'accouchement, la surveillance du foetus et l'issue de l'accouchement basée sur l'expérience pratique des auteurs.

Wood C. Newman W, Lumley J et al.:
Classification of fetal heart rate in relation to fetal scalp blood measurements and Apgar score.
Am J Obstet Gynecol 105: 942-948, 1969

Étude effectuée sur une période de trois ans et portant sur l'observation de la modification du rythme cardiaque foetal dans les cas de grossesse à risque élevé, en relation avec le dosage du pH, du pCO_2 et du pO_2 du sang prélevé sous le cuir chevelu du foetus, dans le but de déterminer la plus simple classification de la souffrance foetale.

Wood C. Ng KH, Hounslow D et al.:
The influence of differences of birth times upon fetal condition in normal deliveries.
J Obstet Gynaecol BR Comm 80: 289-294, 1973

Étude qui a permis d'établir le lien entre la valeur du pH et du pCO_2 du sang du cuir chevelu et l'indice APGAR, deux minutes après la naissance.

03. Syphilis congénitale

Fiumara NJ:
Syphilis in newborn children.
Clin Obstet Gynecol 18: 183-189, 1975

Étude du traitement clinique de la syphilis congénitale et des mesures de prévention de l'affection. Le traitement de la femme enceinte affectée, avant la 16e semaine de grossesse, prévient dans presque tous les cas l'infection du foetus. Le médicament reconnu est la pénicilline G procaïne en solution aqueuse. La gravité de la syphilis congénitale dépend de la durée d'infection de la mère. L'affection est plus grave à ses débuts et dans les cas où il y a présence de spirochètes après la conception, particulièrement après la 16e semaine de grossesse. Il est donc suggéré d'effectuer des épreuves sérologiques au début de la grossesse et à l'accouchement.

Harter CA, Benirschke K:
Fetal syphilis in the first trimester.
Am J Obstet Gynecol 124: 705-711, 1976

Une des rares sources mentionnant que le foetus d'une femme atteinte de syphilis au moment de la conception peut être infecté par les spirochètes avant la 16e semaine de grossesse.

Willcox RR:
International aspects of the venereal diseases and nonvenereal treponematoses.
Clin Obstet Gynecol 18: 207-222, 1975

Depuis l'introduction de la pénicilline, il y a eu une diminution marquée du nombre de cas de syphilis congénitale avec complications ultérieures. L'auteur préconise des tests réguliers tout au long de la grossesse, au début de la grossesse et après la naissance, à partir du sang du cordon ombilical.

04. Ophtalmie purulente (gonococcique du nouveau-né)

Barsam PC:
Specific prophylaxis of gonorrheal ophthalmia neonatorum. A review.
N Engl J Med 274: 731-734, 1966

D'après la littérature sur le sujet, bon nombre d'études ont établi les divers degrés d'efficacité de la solution de nitrate d'argent par rapport aux autres formes de prophylaxie ou à l'absence de prophylaxie. L'utilisation correcte de la solution de nitrate d'argent est sûre et ne laisse aucune séquelle permanente. L'administration régulière de pénicilline ne peut être recommandée comme prophylaxie en raison des effets secondaires graves possibles. À la lumière des preuves disponibles et à cause de l'incidence croissante de la blennorragie, il semble nécessaire de continuer à administrer, de façon habituelle, une solution de nitrate d'argent de 1 p. 100.

Greenberg M, Vandow JE:
Ophthalmia neonatorum. Evaluation of different methods of prophylaxis in New York City.
Am J Public Health 51: 836-845, 1961

Rapport d'une étude portant sur les méthodes pour prévenir l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né utilisées dans tous les hôpitaux de la ville de New York entre 1956 et 1958. Cette étude a démontré que les facteurs de récessivité et du milieu devaient être inclus à l'examen du malade. De l'avis des auteurs, les mesures de l'oeil n'assurent pas une prévention complète et, parce que l'ophtalmie peut très bien être traitée au moyen de l'injection d'une dose adéquate de pénicilline, on devrait compter sur le traitement plutôt que sur la prophylaxie seule.

Snowe RJ, Wilfert CM:
Epidemic reappearance of gonococcal ophthalmia neonatorum.
Pediatrics 51: 110-114, 1973

Après étude de la question, les auteurs ont conclu, à partir d'analyses de cohorte de diverses parties du monde, que la prophylaxie habituelle, soit l'instillation de nitrate d'argent dès la naissance, est la plus efficace des mesures préventives. Des échecs ont été rapportés, mais ils ont été expliqués par une administration incorrecte de l'agent prophylactique, l'infection avant l'administration de l'agent ou encore l'apparition de l'affection avant la naissance, à la suite de la rupture prématurée des membranes.

05. Hypothyroïdie du nourrisson

Dussault JH, Coulombe P, Laberge C et al.:
Preliminary report on a mass screening program for neonatal hypothyroidism.
J Pediatr 86: 670-674, 1975

Programme de dépistage de masse auprès de 47 000 sujets ayant permis de relever trois nouveau-nés avec des taux de TBG (globuline liée à la thyrosine) anormalement bas et sept nourrissons atteints d'hypothyroïdie. La fréquence de l'hypothyroïdie congénitale semble être de l'ordre de 1 cas pour 7000 naissances.

Dussault T JH, Parlow A, Letarte J et al.:
TSH measurements from blood spots on filter paper: A confirmatory screening test for neonatal hypothyroidism.
J Pediatr 89: 550-552, 1976

Présentation d'une méthode radio-immunologique sensible pour le dosage de la TSH au moyen de sang élué sur papier filtre. Ce test peut servir pour confirmer les épreuves de la thyroxine (T4) sur papier filtre, dont la valeur est basse.

Klein AH, Meltzer S, Kenney FM:
Improved prognosis in congenital hypothyroidism treated before age three months.
J Pediatr 81: 912-915, 1972

Étude de la relation entre l'âge où débute le traitement et le quotient intellectuel atteint plus tard, menée auprès de 31 malades atteints d'hypothyroïdie congénitale. Les malades dont le traitement a débuté avant l'âge de trois mois ont un quotient intellectuel moyen nettement supérieur aux enfants dont le traitement a débuté après l'âge de trois mois.

Walfish PG:
Evaluation of three thyroid-function screening tests for detecting neonatal hypothyroidism.
Lancet 1: 1208-1211, 1976

Étude simultanée de trois épreuves d'évaluation de la fonction thyroïdienne qui a permis de supposer que le dépistage ordinaire de la thyroxine (T4), accompagné de méthodes sélectives supplémentaires de dosage de la TSH, constitue la meilleure méthode de dépistage.

06. Phénylcétonurie

Childs B:
Genetic screening.
Annu Rev Genet 9: 67-89, 1975

Étude des progrès réalisés en dépistage génétique. Le dépistage génétique est défini de la façon suivante: recherche menée au sein d'une population, habituellement pour des raisons médicales, dans le but de dépister des personnes ayant des génotypes particuliers. La tendance actuelle vers la médecine préventive et l'acquisition de nouvelles connaissances sur les gènes, la localisation des gènes et les produits génétiques donneront un nouvel essor au dépistage génétique.

Dobson, J, Koch R, Williamson et al.:
Cognitive development and dietary therapy in phenylketonuric children.
N Engl J Med 278: 1142-1144, 1968

Étude conçue pour évaluer les avantages, s'il y en a, du régime pauvre en phénylalanine pour la prévention de l'arriération mentale et essayer de savoir s'il y a une relation entre l'âge d'introduction du traitement et ses avantages. On a constaté une relation inverse très marquée entre les aptitudes intellectuelles au début de l'étude et l'âge d'adoption du régime. Les enfants à qui on a administré le traitement dès le premier mois de vie ont enregistré des quotients intellectuels de 33 points supérieurs à ceux qui ont commencé le traitement vers la quatrième ou la cinquième année de vie.

Holtzman NA, Morales DR,
Cunningham G et al.:
Phenylketonuria. In *Pediatric Screening Tests*. (Eds Frankenburg WK, Camp BW), 1975.

Étude comparative complète faisant autorité et portant sur les diverses méthodes de dépistage actuellement disponibles. L'accent y est mis sur la fiabilité, la valeur et les applications pratiques.

Scriver CR:
PKU and beyond: when do costs exceed benefits?
Pediatrics 54: 616-619, 1974

Document présenté lors d'un colloque: dépistage au moment de prodiguer des soins pédiatriques. L'auteur y traite de plusieurs aspects du coût du dépistage des affections d'origine génétique, notamment de l'aspect économique des coûts, de la notion de coût marginal, de la modification de l'équilibre des coûts par le choix de groupes particuliers «à risque élevé», de la sensibilité et de la spécificité du test influant sur les coûts, des coûts de l'orientation (counseling) et des coûts de la génétique pour l'humanité.

Scriver CR, Davies E, Cullen AM:
Application of a simple micromethod to the screening of plasma for a variety of aminoacidopathies.
Lancet 2: 230-232, 1964

Présentation d'une adaptation de la méthode analytique originale de Culley et collaborateurs (Clin Chem. 8: 266, 1962) pour le dépistage de différentes aminoacidophathies. Le sang est recueilli dans des microcapillaires héparinisés, puis apporté au laboratoire pour chromatographie. Le fractionnement des échantillons de sang et l'analyse de laboratoire permettent de mener à bien des enquêtes auprès de la collectivité.

Starfield B, Holtzman NA:
A comparison of effectiveness of screening for phenylketonuria in the United States, United Kingdom, and Ireland.
N Engl J Med 293: 118-121, 1975

Évaluation soignée de l'influence de l'âge lors du dépistage et des délais entre les dépistages, et la confirmation du diagnostic sur l'efficacité des programmes de dépistage de masse dans la prévention des effets délétères de la phénylcétonurie.

07. Luxation congénitale de la hanche

Barlow TG:
Congenital dislocation of the hip in the newborn.
Proc R Soc Med 59: 1103-1106, 1966

Examen de trois méthodes diagnostiques et instructions pour le traitement précoce, de même que méthodes suggérées. On prétend que même si 90 p. 100 des cas de luxation congénitale de la hanche se rétablissent d'eux-mêmes, le traitement de l'affection doit être fait le plus tôt possible parce que l'on ne peut pas identifier les 20 p. 100 de cas pouvant bénéficier d'un traitement précoce.

Fredensborg N:
The results of early treatment of typical congenital dislocation of the hip in Malmo.
J Bone Joint Surg (Br) 58: 272-278, 1976

Postobservation de 111 enfants, de 8 à 16 ans, à qui on a mis l'attelle de Von Rosen dès la première semaine de vie et qui ont conservé cette attelle pendant une moyenne de 10 semaines. Seulement deux des cas ont eu des complications mineures.

MacKenzie IG:
Congenital dislocation of the hip. The development of regional service.
J Bone Joint Surg (Br) 54: 18-39, 1972

Document sur le diagnostic, le traitement, l'analyse des échecs (5 p. 100) et l'étiologie. Enquête d'une durée de 10 ans, portant sur 1671 enfants chez qui on soupçonnait une luxation congénitale de la hanche. Le traitement n'a pas été commencé au moment du diagnostic, peu après la naissance et, trois semaines plus tard, au moment du deuxième examen, environ la moitié des sujets s'étaient remis spontanément. Dans le cas des autres, le traitement a été commencé, c'est-à-dire qu'une attelle simple a été installée et gardée jusqu'à l'âge de trois mois. L'incidence des luxations de la hanche est d'environ 1 pour 5 naissances vivantes.

McManus F. Rang M:
Preventive orthopedics. (Letter).
Clin Orthop 125: 242-248, 1977

Plaidoyer en faveur de la prévention des malformations du système ostéomusculaire chez l'enfant. L'utilisation d'affiches murales pour renseigner le personnel médical est suggérée.

Ramsey PL, Lasser S, MacEwen GD:
Congenital dislocation of the hip: Use of the Pavlik harness in the child during the first six months of life.
J Bone Joint Surg (Am) 58: 1000-1004, 1976

Étude sur l'attelle de Pavlik pour le traitement de la luxation congénitale de la hanche. Pour les nourrissons, l'attelle de Pavlik met en application, avec succès, le principe de la réduction en flexion sans pour autant causer d'abduction forcée. Les résultats de l'étude démontrent les avantages du traitement précoce et, de plus, il a été constaté que la durée du traitement égalait approximativement deux fois l'âge du nourrisson au début du traitement.

Salter RB, Kostuik J, Dallas S:
Avascular Necrosis of the femoral head as a complication of treatment for congenital dislocation of the hip in young children: A clinical and experimental investigation.
Can J Surg 12: 44-61, 1969

La nécrose aseptique de la tête du fémur est considérée comme un des exemples les plus répandus de résultats insatisfaisants de réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche chez les jeunes enfants. La pathogenèse de l'affection, son pronostic et sa prévention y sont traités à la lumière de travaux cliniques et expérimentaux.

Samilson RL, Tsou P, Aamoth G et al.:
Dislocation and subluxation of the hip in cerebral palsy.
J Bone Joint Surg (Am) 54: 863-873, 1972

Un retard des réflexes du nouveau-né, une période prolongée de spasticité, la dystonie musculaire et les contractures, le coxa valga et l'antéversion fémorale sont tous des facteurs pouvant faire apparaître une luxation de la hanche chez les malades atteints de paralysie cérébrale.

Walker G:
Problems in the early recognition of congenital hip dislocation.
BR Med J 3: 147-148, 1971

Rapport sur sept enfants dont les hanches étaient normales à la naissance mais chez qui une luxation a été observée plus tard. Ceci s'explique par le fait que les luxations congénitales de la hanche (L.C.H.) entrent sous deux catégories étiologiques: l'instabilité ordinaire de la hanche à la naissance et, moins fréquemment, la dysplasie acétabulaire entraînant la luxation à un âge plus avancé.

Williamson J:
Difficulties of early diagnosis and treatment of congenital dislocations of the hip in Northern Ireland.
J Bone Joint Surg (Br) 54: 13-17, 1972

Rédigé pour réfuter la théorie voulant que la luxation congénitale de la hanche ne pose plus de problèmes à cause des meilleures chances de diagnostic précoce. On y laisse entendre que malgré le diagnostic précoce, les diagnostics erronés et les complications sont toujours présents.

Wynne-Davies R:
Acetabular dysplasia and familial joint laxity: Two etiological factors in congenital dislocation of the hip. (A review of 589 patients and their families).
J Bone Joint Surg (Br) 52: 704-716, 1970

Étude du facteur génétique et d'autres facteurs étiologiques de 589 malades ayant une luxation congénitale de la hanche, et de leur famille, en portant une attention particulière à la dysplasie acétabulaire et la laxité articulaire héréditaire; établit aussi une comparaison des cas néo-natals et des cas diagnostiqués tardivement. Les auteurs prouvent que la dysplasie acétabulaire est une entité héréditaire distincte dans certaines familles.

08. Anomalie du tube neural

Brock DJH:
Prenatal diagnosis — Chemical methods.
BR Med Bull 32: 16-20, 1976

Ouvrage portant sur l'utilisation du dosage de l'alpha-foeto-protéine et des protéines connexes pour le diagnostic prénatal précoce du spina-bifida et de l'anencéphalie.

Brock DJH, Sutcliffe RG:
Alpha-fetoprotein in the antenatal diagnosis of anencephaly and spina bifida.
Lancet 2: 197-199, 1972

Ouvrage sur l'utilisation du dosage de l'alpha-foeto-protéine et sa valeur pour le diagnostic prénatal précoce de l'anencéphalie et du spina-bifida. À l'étude de 31 grossesses ayant pour résultat des anencéphales, on a remarqué que toutes les femmes avaient des taux d'alpha-foeto-protéine bien au-dessus de la normale entre la 25e et la 35e semaine de grossesse mais, après la 35e semaine de grossesse, seulement cinq femmes sur neuf avaient des taux nettement élevés. Il semble donc que dans le cas du spina-bifida, les taux d'alpha-foeto-protéine sont «normaux» vers la 30e semaine de grossesse et qu'ils ne peuvent plus être distingués des taux normaux au-delà de cette période.

Childs B:
Genetic screening.
Annu Rev Genet 9: 67-89, 1975

Voir phénylcétonurie (6).

Clarke M:
Feasibility of serum-alpha-fetoprotein screening for fetal neural tube defects. (Letter).
Lancet 2: 1098-1099, 1977

Document sur les problèmes à relever avant d'entamer un programme national de dépistage des anomalies de la moelle épinière. Par exemple, on ne connaît pas le taux d'acceptation de l'amniocentèse chez les femmes qui se portent bien. Au Leicester, on a constaté que seulement 55 p. 100 des femmes visitaient l'hôpital au cours des 18 premières semaines de grossesse.

Elwood JM, Rogers JR:
The incidence of congenital abnormalities in British Columbia, Alberta, Manitoba and New Brunswick 1966-1969.
Can J Public Health 66: 471-476, 1975

Rapport préliminaire sur l'incidence des principales catégories de malformations congénitales selon les données amassées au moyen d'un système de contrôle des certificats de naissance et de décès, et des avis de naissance. La principale observation a été la différence qui existe entre les provinces, en ce qui a trait à l'incidence de la plupart des malformations congénitales. En outre, on a observé une régression d'est en ouest de l'incidence des trois principales malformations du système nerveux central: l'anencéphalie, le spina-bifida et l'hydrocéphalie.

Hagard S. Carter F, Milne RG:
Screening for spina bifida cystica: A cost-benefit analysis.
Br J Prev Soc Med 30: 40-53, 1976

Analyse exhaustive des coûts d'un programme de dépistage comparés aux coûts des soins aux enfants atteints d'anomalies de la moelle épinière. Les coûts réels et certaines théories sur la prestation des soins sont basés sur le *British National Health Scheme* et ils ne s'appliquent probablement pas directement à un programme canadien. Cependant, tous les aspects du dépistage et de la postobservation mentionnés dans l'article pourraient constituer une excellente base pour la conduite d'une étude semblable au Canada.

Hunt G, Lewin W, Gleave J et al.:
Predictive factors in open myelomeningocele with special reference to sensory level.
Br Med J 4: 197-201, 1973

Rapport d'une étude sur l'invalidité de 80 nourrissons atteints de myéloméningocèle ouverte et opérés peu de temps après la naissaance. On peut considérer que dans seulement 6 p. 100 des cas, l'invalidité a été réduite au minimum. Ce document est très utile pour l'évaluation des troubles à long terme possibles chez des enfants atteints d'une anomalie grave de la moelle épinière.

Milunsky A, Alpert E:
Prenatal diagnosis of neural tube defects.
I. Problems and pitfalls: Analysis of 2,495 cases using the alpha-fetoprotein assay.
II. Analysis of false positive and false negative alpha-fetoprotein results.
Obstet Gynecol 48: 1-12, 1976

Rapport de l'analyse de l'alpha-foetoprotéine contenue dans 2495 échantillons de liquide amniotique prélevés au cours du 2e trimestre de grossesse. Les 49 cas d'anomalie de la moelle épinière, observés au cours de cette étude, avaient des taux d'alpha-foeto-protéine supérieurs à la moyenne de 3 écarts types. Les résultats faussement positifs ou faussement négatifs ont été analysés dans ce rapport.

Report of U.K. collaborative study on alpha-fetoprotein in relation to neural tube defects:
Maternal serum-alpha-fetoprotein measurement in antenatal screening for anencephaly and spina bifida in early pregnancy.
Lancet 1: 1323-1332, 1977

Le plus récent et le plus complet des rapports sur le dépistage prénatal de l'anencéphalie et du spina-bifida. Les données portent sur 301 grossesses simples avec anomalie de la moelle épinière et sur 18 684 grossesses simples sans anomalie de la moelle épinière. Les résultats de cette étude indiquent que le dépistage des femmes enceintes au moyen de la mesure de la concentration d'alpha-foeto-protéine sérique est une méthode efficace d'identification des femmes aptes à l'ultrasonoscopie et à l'amniocentèse, ce qui permet de diagnostiquer, avant l'accouchement, les anomalies de la moelle épinière.

Simpson NE, Dallaire L, Miller Jr et al.:
Prenatal diagnosis et genetic disease in Canada: Report of a collaborative study.
Can Med Assoc J 115: 739-748, 1976

Données sur 1020 grossesses, représentant la majorité des grossesses pour lesquelles on a effectué une amniocentèse génétique au Canada, entre janvier 1972 et le milieu de l'année 1975. Ces données ont permis de conclure que les pourcentages des avortements spontanés (4,7 p. 100) et de la mortinatalité (0,5 p. 100), enregistrés au cours de l'étude, n'étaient pas plus grands que dans le groupe témoin de femmes de 35 ans et plus.

09. Fibrose kystique du pancréas

Bowman BH, Mangos JA:
Cystic fibrosis.
N Engl J Med 294: 937-938, 1976

Court exposé général des connaissances actuelles sur la fibrose kystique démontrant l'absence d'un test fiable pour le dépistage des hétérozygotes et le diagnostic prénatal.

Brimblecombe FSW, Chamberlain J:
Screening for Cystic Fibrosis.
Lancet 2: 1428-1431, 1973

Excellent exposé, basé sur un raisonnement sûr, traitant des mérites du dépistage de masse pour la recherche de la fibrose kystique; toutefois, certaines des conclusions devraient maintenant être modifiées à la lumière de données plus récentes.

Childs B:
Genetic screening.
Annu Rev Genet 9: 67-89, 1975

Voir phénylcétonurie (6).

Dobbs RH:
Social aspects of cystic fibrosis.
Respiration 27 (Suppl): 169-177, 1970

Description d'un centre spécial de consultations externes pour les cas de fibrose kystique. Le malade s'y rend une ou deux fois par mois jusqu'à l'âge de 16 ans, époque à laquelle il quitte le service de pédiatrie. Les visites se poursuivent même si le malade se porte bien. Le traitement se fait selon l'horaire très précis qu'avait établi le Dr Winnifred Young, aujourd'hui décédé. L'auteur met l'accent sur les avantages du diagnostic précoce par rapport au pronostic de l'affection.

Mearns MB:
Treatment and prevention of pulmonary complications of cystic fibrosis in infancy and early childhood.
Arch Dis Child 47: 5-11, 1972

Rapport portant sur 76 malades atteints de fibrose kystique, examinés entre 1950 et 1964. Ces malades ont tous été examinés avant l'âge de 1 an et se divisent naturellement en deux groupes: 30 examinés avant 1957 et 46 après 1957. Il a été observé que le deuxième groupe a profité davantage d'un traitement actif aux antibiotiques devenu populaire après 1957.

Shwachman, H, Redmond A, Khaw K-T:
Studies in cystic fibrosis: Report of 130 patients diagnosed under 3 months of age over a 20 year period.
Pediatrics 46: 335-343, 1970

Le meilleur ensemble de données sur la possibilité d'apparition de la fibrose kystique chez les malades ayant fait l'objet d'un dépistage pré-symptomatique et chez les malades effectivement atteints de la maladie. Cet ouvrage donne aussi le pronostic optimal pour les malades recevant les traitements actuellement en vigueur.

Warnick WJ, Pogue RE, Gerber HU et al.:
Survival patterns in cystic fibrosis.
J Chronic Dis 28: 609-622, 1975

Sommaire des plus utiles sur l'espérance de vie actuelle de la moyenne des malades atteints de fibrose kystique. Ce texte donne aussi un aperçu de la tendance qui s'est manifestée de 1966 à 1972.

10. Dystrophie musculaire progressive

Dennis NR, Evans K, Clayton B et al.:
Use of creative kinase for detecting severe X-linked muscular dystrophy carriers.
Br Med J 2: 577-579, 1976

Le risque d'être porteur a été évalué selon le dosage de la créatine phosphokinase (CPK) et les antécédents génétiques. La moyenne de chaque test a été calculée et comparée avec 103 porteurs possibles puis utilisée avec succès en counseling en génétique.

Gilboa N, Swanson, JR:
Serum creatine phosphokinase in normal newborns.
Arch Dis Child 51: 283-285, 1976

Parce qu'il a été démontré que l'activité de la créatinine phosphokinase sérique pouvait être élevée chez les nouveau-nés normaux, il a été suggéré de remettre à quelques semaines après l'accouchement le dépistage de la dystrophie musculaire progressive type Duchenne.

Hutton EM, Thompson MW:
Carrier detection and genetic counselling in Duchenne muscular dystrophy:
A follow-up study.
Can Med Assoc J 115: 749-752, 1976

On a examiné l'effet du counseling en génétique sur le nombre d'enfants voulus par les familles au cours de la période de 10 ans (1965 à 1974) pendant laquelle le dépistage des porteurs faisait partie du programme de counseling en génétique. Le risque d'avoir un enfant atteint de l'affection a été un facteur déterminant de l'attitude des familles face à la planification. Le nombre d'enfants correspondait inversement au risque génétique couru.

Perry TB, Fraser FC:
Variability of serum creatine phosphokinase activity in normal women and carriers of the gene for Duchenne muscular dystrophy.
Neurology 23: 1316-1323, 1973

Étude conçue pour vérifier l'hypothèse voulant que les porteurs aient une activité de la CPK plus variable que le groupe de contrôle. Afin de déterminer si un porteur potentiel l'est vraiment, il est suggéré d'effectuer au moins quatre tests mais, même alors, certains porteurs échappent au dépistage.

Roses AD:
Duchenne muscular dystrophy: Early diagnosis, and screening. (Letter).
Arch Dis Child 51: 983-985, 1976

Texte court mais convaincant en faveur d'un meilleur dépistage des porteurs de dystrophie musculaire progressive type Duchenne.

Roses AD, Roses MJ, Miller se et al.:
Carrier detection in Duchenne muscular dystrophy.
N Engl J Med 294: 193-198, 1976

Étude ayant pour but de démontrer que le taux de mutation spontané, que l'on croyait responsable du tiers de tous les cas, a été surestimé vu l'échec du dépistage des porteurs par les méthodes actuelles.

Taylor K, Merrill RE:
Progress in the delivery of health care: Genetic counseling.
Am J Dis Child 119: 209-211, 1970

Extrait d'une étude interne, menée dans des foyers où il y a des garçons atteints de dystrophie musculaire progressive, qui a permis de découvrir que le counseling en génétique ne s'est pas fait de façon adéquate. Une raison de cet échec pourrait être le fait qu'il n'y a pas d'attribution claire des responsabilités du counseling.

Zatz M, Frota-Pessoa O, Levy JA et al.:
Creatine-phosphokinase (CPK) activity in relatives of patients with X-linked muscular dystrophies: A Brazilian study.
J Genet Hum 24: 153-168, 1976

Documents sur l'utilisation du dosage de la créatinine phosphokinase sérique pour le dépistage des porteurs de la dystrophie musculaire progressive type Duchenne, incluant l'utilisation des fonctions de densité basée sur le théorème de Baye.

Zellweger H, Antonik A:
Newborn screening for Duchenne muscular dystrophy.
Pediatrics 55: 30-34, 1975

Description d'une nouvelle méthode visant à doser la CPK dans une goutte de sang séchée et pouvant être utilisée pour le dépistage. Les auteurs traitent aussi des questions déontologiques et médicales du dépistage d'une affection pour laquelle il n'existe aucun traitement. Cette partie se base sur quatre points énoncés par Janeway (N Engl. J. Med. 284: 787, 1971).

11. Malformation du septum interventriculaire

Dushane JW, Krongrad E, Ritter DG et al.:
The fate of raised pulmonary vascular resistance after surgery in ventricular septal defect. In the child with congenital heart disease after surgery. (Eds Kidd BSL, Rowe RD).
Futura Publ, pp 299-312, 1976

Comparaison de la résistance vasculaire pulmonaire de deux groupes de malades semblables; le premier, regroupant des malades opérés avant l'âge de 2 ans et le second, après deux ans. Tous les malades du premier groupe avaient une résistance vasculaire pulmonaire normale après l'opération, alors que dans le second, la résistance pulmonaire n'était normale que dans 28 à 68 p. 100 des cas.

Engle MA:
Ventricular septal defect. Status report for the seventies.
Cardiovasc Clin 4(3): 281-304, 1972

Excellent article récapitulatif, très bien documenté, faisant état de toutes les données disponibles de l'heure.

Gersony WM, Hayes CJ:
Bacterial endocarditis in patients with pulmonary stenosis, Aortic stenosis, or ventricular septal defect.
Circulation 56 (Suppl 1): 84-87, 1977

On évalue à 9,7 p. 100 le risque d'endocardite aiguë primitive avant 30 ans chez les malades dont une communication interventriculaire a été traitée médicalement; dans le cas des malades dont le traitement a été chirurgical, ce risque est évalué à 2,0 p. 100. Il est suggéré de recourir obligatoirement à une prophylaxie aux antibiotiques permanente lors de traitements dentaires ou de certains traitements chirurgicaux dans le cas des malades atteints de sténose aortique, même après une intervention cardiaque réussie.

Hoffman JIE:
Indications for and results of surgery in ventricular septal defects.
Adv Cardiol 17: 40-50, 1976

Il est suggéré de recourir au traitement chirurgical précoce pour réduire l'incidence des affections vasculaires pulmonaires, ce qui aidera peut-être à assurer plus tard une meilleure fonction du myocarde. Une évaluation attentive de chaque malade est nécessaire en raison de la forte fréquence de la fermeture spontanée des communications interventriculaires.

Keith JD, Rose V, Collins G et al.:
Ventricular septal defect. Incidence, morbidity and mortality in various age groups.
BR Heart J 33 (Suppl): 81-87, 1971

Étude de 1500 cas de communication interventriculaire. Au cours de l'étude, on a comparé un groupe suivi dès les premiers jours de vie pendant une moyenne de 7,5 ans et un groupe dont la surveillance n'a commencé qu'après l'enfance. On a constaté que la fermeture spontanée de la communication est survenue dans 17 p. 100 des cas du premier groupe et dans 4 p. 100 pour l'autre groupe, que la mortalité associée principalement à une affection vasculaire pulmonaire progressive était de 6,9 et 3,4 p. 100 respectivement et que l'incidence de l'endocardite bactérienne était de 2 et 1 p. 100 respectivement.

Linde LM, Rasof B, Dunn OJ et al.:
Attitudinal factors in congenital heart disease.
Pediatrics 38: 92-111, 1966

Étude au cours de laquelle on a comparé la relation entre l'adaptation des enfants cardiaques et des enfants normaux, et l'attitude de leurs parents. Cette étude a permis de conclure que l'anxiété de la mère semble liée à la présence de l'affection plutôt qu'à la gravité de celle-ci.

12. Maladie de Tay-Sachs

Childs B:
Genetic screening.
Annu Rev Genet 9: 67-89, 1975
Voir phénylcétonurie (6).

13. Syndrome de Down (mongolisme)

Childs B:
Genetic Screening.
Annu Rev Genet 9: 67-89, 1975
Voir phénylcétonurie (6).

Nadler HL:
Prenatal diagnosis of inborn defects:
A status report.
Hosp Pract 10 (June): 41-51, 1975

Revue des techniques actuellement disponibles pour le diagnostic des maladies affectant le foetus et des affections pouvant être dépistées au moyen de ces techniques. Les techniques incluent l'amniocentèse et les cultures cellulaires, les examens sérologiques de la mère et du foetus, la foetoscopie, la foetographie, l'ultrasonoscopie et la radiographie. Les affections pouvant être dépistées sont les aberrations chromosomiques, les troubles du métabolisme des lipides, du métabolisme des hydrates de carbone, du métabolisme des mucopolysaccharides et les anomalies des acides aminés, les malformations du système nerveux central et les hémoglobinopathies.

Simpson NE, Dallaire L, Miller JR et al.:
Prenatal diagnosis et genetic disease in Canada: Report of a collaborative study.
Can Med Assoc J 115: 739-748, 1976
Voir malformation de la moelle épinière (18).

14. Conséquences de l'alcoolisme des parents sur les enfants.

Hanson JW, Jones KL, Smith DW:
Fetal alcohol syndrome. Experience with 41 patients.
JAMA 235: 1458-1460, 1976

Sommaire des observations faites chez les enfants de femmes alcooliques chroniques examinées par les auteurs et rapport d'une étude portant sur 127 enfants d'alcooliques chroniques de 69 familles différentes à Nantes, en France. Les deux groupes de chercheurs ont remarqué que les enfants avaient: 1) un facies très particulier; 2) des retards de croissance (taille et poids) très marqués; 3) une plus grande fréquence d'anomalies et 4) des troubles psychomoteurs.

Ouellette EM, Rosett HL, Rosman NP et al.:
Adverse effects on offspring of maternal alcohol abuse during pregnancy.
N Engl J Med 297: 528-530, 1977

Six cent trente-trois femmes ont reçu, lors de leur première visite prénatale, des questionnaires visant à déterminer leur état alimentaire, leur consommation de cigarettes, de drogues et d'alcool. Après l'accouchement, les nouveau-nés ont été examinés du point de vue pédiatrique, neurologique et développemental par un médecin ignorant les antécédents des mères. Les nouveau-nés dont les mères faisaient une grande consommation d'alcool étaient plus exposés aux risques d'anomalies; 32 p. 100 de ces enfants avaient des malformations congénitales comparativement à 6 p. 100 dans le groupe dont les mères ne consommaient pas d'alcool et 14 p. 100 dans le groupe dont les mères buvaient modérément.

15. Maladies infectieuses contre lesquelles on peut s'immuniser

Diphtérie

Butler NR, Voyce MA, Burland WL et al.:
Advantages of aluminium hydroxide absorbed combined diphtheria, tetanus, and pertussis vaccines for the immunization of infants.
Br Med J 1: 663-666, 1969

La toxicité et l'efficacité de trois vaccins combinés (coqueluche, diphtérie, tétanos) ont été étudiées de même que l'effet de l'addition d'hydroxyde d'aluminium au vaccin. L'addition d'hydroxyde d'aluminium a augmenté l'efficacité des vaccins et réduit la fréquence des effets secondaires.

Foley AR:
A three-year experiment with combined diphtheria toxoid-pertussis vaccine.
Can J Public Health 37: 259-267, 1946

Protection contre la diphtérie et la coqueluche au moyen du vaccin combiné anatoxine-diphtérique-coqueluche. On a observé que le vaccin combiné ne diminuait pas la protection offerte contre la diphtérie par l'anatoxine liquide et que ce vaccin assurait une excellente protection contre la coqueluche.

Rougeole

Albrecht P, Ennis FA, Saltzman EJ et al.:
Persistence of maternal antibody in infants beyond 12 months: mechanism of measles vaccine failure.
J Pediatr 91: 715-718, 1977

Examen sérologique de 34 enfants vaccinés contre la rougeole à l'âge de 12 mois. Beaucoup de ces enfants possédaient les anticorps maternels contre le virus de la rougeole avant la vaccination, et on a établi un lien direct entre la durée d'existence des anticorps maternels chez l'enfant et la réponse au vaccin jusqu'à l'âge de 15 mois.

Krugman RD, Witte JJ, Parkman PD:
Combined administration of measles, mumps, rubella, and trivalent oral poliovirus vaccines.
Public Health Rep 92: 220-222, 1977

Étude de l'efficacité des vaccins administrés simultanément. On a observé que les taux de séroconversion des enfants ne recevant que le vaccin rougeole-oreillons-rubéole n'étaient pas très différents du taux provoqué par le vaccin lorsqu'il est administré en même temps que le vaccin antipoliomyélitique. Le vaccin rougeole-oreillons-rubéole n'a pas affecté le développement des anticorps contre les trois types de virus de la polio. Aucun effet secondaire n'a été remarqué au moment de la vaccination, et les parents n'ont signalé aucune réaction inhabituelle au cours des huit semaines suivant la vaccination.

Krugman S:
Present status of measles and rubella immunization in the United States: A medical progress report.
J Pediatr 90: 1-2, 1977

Étude de la situation actuelle des programmes existant aux États-Unis pour la prévention de la rougeole et de la rubéole.

Landrigan PJ:
Epidemic measles in a divided city.
JAMA 221: 567-570, 1972

Évaluation de l'efficacité du vaccin antirougeoleux lors d'une épidémie survenue à Texarkana, ville située à cheval sur la frontière du Texas et de l'Arkansas. Plus de 95 p. 100 des cas de rougeole ont été observés dans l'état du Texas où seulement 57 p. 100 des enfants de 1 à 9 ans avaient été vaccinés. On n'a pas réellement observé de poussées de l'affection en Arkansas où plus de 95 p. 100 des enfants avaient reçu le vaccin antirougeoleux. Parmi les enfants qui avaient déjà reçu le vaccin, 27 ont eu la rougeole, 6 d'entre eux avaient reçu le vaccin avec l'immunoglobuline de la rougeole avant l'âge de 1 an. L'efficacité du vaccin a été évaluée à 95,9 p. 100.

Levine MM, Edsall G, Bruce-Chwatt LJ:
Live-virus vaccine in pregnancy. Risks and recommendations.
Lancet 2: 34-38, 1974

Présentation d'un guide pour l'utilisation, lors de la grossesse, du vaccin à virus vivant. Ce guide a été rédigé à partir d'une étude des documents sur le sujet. En évaluant le risque d'infection de la mère et du foetus par un vaccin de source atténuée comparativement à un vaccin correspondant de source virulente, on a conclu que la vaccination contre la poliomyélite et la fièvre jaune n'est indiquée que pour les femmes qui voyagent dans des zones infectées. Dans le cas des vaccins contre la rubéole, les oreillons et la variole, la grossesse constitue une contre-indication, mais la vaccination avec immunoglobuline devrait être obligatoire dans le cas des femmes qui ont à voyager dans une région où la variole est à l'état endémique. Le vaccin contre la rougeole est à éviter pendant la grossesse.

Miller G, Gale J, Villarejos V et al.:
Edmonston B and A further attenuated measles vaccine – a placebo controlled double blind comparison.
Am J Public Health 57: 1333-1340, 1967

Essai clinique de deux vaccins antirougeoleux, dans le cadre d'un essai à double insu (2 vaccins, placebo) au Honduras, pour évaluer les réactions cliniques et sérologiques. Les deux vaccins ont eu un excellent résultat immunologique.

Shasley DM, Shope TC, Downs H et al.:
Epidemic measles in a highly vaccinated population.
N Engl J Med 296: 585-589, 1977

Des épidémies de rougeole sévissent toujours malgré la vaccination de la population. Au cours de l'épidémie décrite dans cette étude, une enquête sur les antécédents personnels et sérologiques a été menée, ce qui a permis de constater que les enfants vaccinés avant l'âge de 12 mois étaient plus exposés que les autres à l'affection. Il a été démontré qu'une dose de rappel augmente la protection. Dans cet ouvrage, on avance qu'une utilisation incorrecte de la gammaglobuline a pu, dans le passé, faire échouer des programmes de vaccination.

Oreillons

Krugman RD, Witte JJ, Parkman PD:
Combined administration of measles, mumps, rubella, and trivalent oral poliovirus vaccines.
Public Health Rep 92: 220-222, 1977

Voir maladies infectieuses pour lesquelles il existe un vaccin – rougeole (15).

Coqueluche

A medical research council investigation:
The prevention of whooping-cough by vaccination.
Br Med J 1: 1463-1471, 1951

Aperçu général des enquêtes effectuées de 1942 à 1951 lors d'essais cliniques sous la direction du *Whooping Cough Immunization Committee* (comité de vaccination contre la coqueluche) du *U.K. Medical Research Council* (conseil de recherche médicale du Royaume-Uni), pour déterminer la valeur prophylactique des vaccins anticoquelucheux. Cet article offre des preuves de catégorie I à l'effet que le vaccin anticoquelucheux est un moyen de protection efficace contre la coqueluche.

Éditorial:
Whooping cough immunization.
S A Med J 52: 546, 1977

Présentation des avantages et des désavantages du vaccin anticoquelucheux, basée sur le rapport Stuart-Harris (Angleterre). (*Joint Committee of Vaccination and Immunization*, 1977, Whooping-Cough Vaccination, London: HMSO). Il est suggéré de poursuivre la vaccination des bébés, tout en continuant d'étudier la question.

Foley AR:
A three-year experiment with combined diphtheria toxoid-pertussis vaccine.
Can J Public Health 37: 259-267, 1946

Étude chronologique des moyens actuels de protection contre l'affection. Voir maladies infectieuses contre lesquelles il existe un vaccin – dyphtérie (15).

Linnemann CC Jr, Nasenbeny J:
Pertussis in the adult.
Annu Rev Med 28: 179-185, 1977

Étude des aspects cliniques et épidémiologiques de la coqueluche chez les adultes, des mesures de contrôle actuelles et des perspectives d'avenir de nos connaissances sur l'affection. La croyance erronée voulant que les adultes ne contractent pas la coqueluche a entraîné un retard à reconnaître une épidémie sévissant dans une pouponnière où des pédiatres et du personnel infirmier du département de pédiatrie de l'Université de Cincinnati avaient contracté la coqueluche.

Malmgren B, Vahlquist B, Zetterstrom R:
Complications of immunization. (Letter).
Br Med J 2: 1800-1801, 1960

Réponse à un article de J. Strom (22 octobre, p. 1184) qui rapportait une fréquence anormalement élevée de complications neurologiques suivant l'injection du «vaccin trivalent suédois». Cette lettre met l'accent sur le besoin d'entreprendre les travaux pertinents de recherche.

Miller CL, Pollock TM, Clewer ADE:
Whooping-cough vaccination: An assessment.
Lancet 2: 510-513, 1974

L'auteur évalue les avantages et les désavantages du vaccin contre la coqueluche et conclut que l'administration de ce vaccin ne devrait pas être mise de côté avant qu'il n'existe des preuves solides démontrant que le risque représenté par ce vaccin est plus grand que le risque représenté par l'affection.

Statement by joint committee on vaccination and immunization of the central health services council and the Scottish Health Service Planning Council:
Whooping-cough vaccine.
Br Med J 3: 687-688, 1975

Le comité recommande de continuer l'administration du vaccin contre la coqueluche parce que les risques représentés par l'affection sont plus grands que ceux représentés par la vaccination.

Thomas G:
Respiratory and humoral immune response to aerosol and intramuscular pertussis vaccine.
J Hyg (Camb) 74: 233-237, 1975

Les anticorps anticoquelucheux contenus dans les sécrétions de l'appareil respiratoire de l'être humain ont été mesurés, et la réaction au vaccin anticoquelucheux administré par aérosol et injection intramusculaire a été étudiée. L'auteur laisse entendre que dans le cas des adultes, la vaccination par aérosol représente le meilleur moyen de protection. Il semble que cette méthode soit la meilleure possible pour la prévention des épidémies chez le personnel infirmier, les enseignants et les pédiatres.

Poliomyélite

Krugman RD, Hardy GE Jr, Sellers C et al.:
Antibody persistence after primary immunization with trivalent oral poliovirus vaccine.
Pediatrics 60: 80-82, 1977

Rapport d'une postobservation menée pendant cinq ans auprès d'enfants qui ont reçu seulement le vaccin oral trivalent au virus de la polio, vivant, atténué, administré selon les deux calendriers de vaccination recommandés. Ces enfants n'avaient probablement pas été exposés à des virus virulents de la polio. Les deux calendriers ont permis la production d'anticorps durables contre les trois types de virus de la polio, démontrant ainsi qu'il n'y avait pas lieu de craindre que ces enfants ne soient pas immunisés.

Krugman RD, Witte JJ, Parkman PD:
Combined administration of measles, mumps, rubella, and trivalent oral poliovirus vaccines.
Public Health Rep 92: 220-222, 1977

Voir maladies infectieuses pour lesquelles il existe un vaccin – rougeole (15).

Nightingale ED:
Recommendation for a national policy on polio myelitis vaccination.
N Engl J Med 297: 249-253, 1977

Cet article résume les principales observations et recommandations d'une évaluation des vaccins antipoliomyélitiques d'un rapport du Comité d'étude des vaccins antipoliomyélitiques du *Institute of Medicine*, présenté au service d'hygiène publique du *U.S. Department of Health, Education and Welfare* (ministère de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social des États-Unis), le 15 avril 1977. Le Comité recommande de poursuivre l'utilisation des vaccins à virus vivants pour les nourrissons, tout en s'assurant que certaines catégories de personnes reçoivent des vaccins à virus tués.

Rubéole

Beasley RP:
Dilemmas presented by the attenuated rubella vaccines.
Am J Epidemiol 92: 158-161, 1970

Présentation des aspects inconnus du vaccin antirubéoleux devant faire l'objet de travaux de recherche approfondis. Entre autres aspects, on retrouve: le degré d'immunisation de groupe, le taux de réinfection, le risque de voir les vaccinés répandre la rubéole parmi les femmes enceintes non vaccinées et la durée, à long terme, de l'immunité apportée par le vaccin.

Davis WJ, Larson HE, Simsarian JP et al.:
A study of rubella immunity and resistance to infection.
JAMA 215: 600-608, 1971

La résistance à la réinfection a été étudiée au cours d'une poussée de rubéole dans un établissement comptant des enfants naturellement immunisés, vaccinés et exposés. L'affection s'est manifestée dans le groupe exposé et, même si aucun enfant déjà vacciné ou naturellement immunisé n'a été atteint, on a observé une réinfection subclinique comme il a été démontré par l'augmentation du taux d'anticorps qui semble avoir un effet sur la résistance à la réinfection.

Krugman RD, Witte JJ, Parkman PD:
Combined administration of measles, mumps, rubella, and trivalent oral poliovirus vaccines.
Public Health Rep 92: 220-222, 1977

Voir maladies infectieuses pour lesquelles il existe un vaccin — rougeole (15).

Krugman S:
Present status of measles and rubella immunization in the United States: A medical progress report.
J Pediatr 90: 1-12, 1977

Voir maladies infectieuses pour lesquelles il existe un vaccin — rougeole (15).

Neff JM, Carver DH:
Rubella immunization: Reconsideration of our present policy.
Am J Epidemiol 92: 162-163, 1970

Document de travail sur les dangers que représente pour les jeunes enfants la substitution du vaccin permanent à base du virus naturel de la rubéole, par l'immunisation de courte durée au moyen de vaccins à virus artificiels.

Plotkin SA, Farquhar JD, Ogra PL:
Immunologic properties of RA 27/3 rubella virus vaccine. A comparison with strains presently licensed in the United States.
JAMA 225: 585-590, 1973

Bref examen d'autres vaccins et de leurs limites, comparés à ce nouveau vaccin antirubéoleux.

Rachelefsky GS, Hermann KL:
Congenital rubella surveillance following epidemic rubella in a partially vaccinated community.
J Pediatr 84: 474-478, 1974

Résultats d'une observation, pendant 9 mois, de 830 femmes enceintes et de leurs nouveau-nés à la suite d'une épidémie de rubéole survenue 9 mois après un programme de vaccination communautaire antirubéoleuse des enfants de moins de 12 ans.

Report of the Public Health Laboratory Service working party on rubella:
Studies of the effect of immunoglobulin on rubella in pregnancy.
Br Med J 2: 497-500, 1970

Évaluation de l'utilisation à des fins prophylactiques de l'immunoglobuline contre la rubéole chez la mère. En comparant les résultats du groupe soumis à l'étude à ceux d'un groupe témoin, il a été impossible de conclure que l'immunoglobuline offre un degré appréciable de protection.

Schiff GM, Rauh JL, Rotte T:
Rubella vaccine evaluation in a public school system.
Am J Dis Child 118: 203-208, 1969

Texte qui montre comment un programme de vaccination antirubéoleux peut être mené rapidement et efficacement dans des écoles publiques.

Schoenbaum SC, Hyde JN Jr, Bartoshesky L et al.:
Benefit-cost analysis of rubella vaccination policy.
N Engl J Med 294: 306-310, 1976

Les auteurs laissent entendre que les avantages du vaccin sont plus grands s'il est administré une fois aux fillettes de 12 ans plutôt qu'à tous les enfants de 6 ans ou moins; le foetus est mieux protégé si la mère a été vaccinée deux fois, une fois à l'âge de 2 ans et une autre à l'âge de 12 ans; le vaccin administré à 2 ans peut être un vaccin rougeole-rubéole.

Wyll SA, Herrmann KL, Abrutyn E et al.:
Rubella booster immunization. Serologic response to a second dose of vaccine.
JAMA 216: 1451-1453, 1971

Cette étude laisse supposer qu'une deuxième dose de vaccin antirubéoleux administrée environ 2 ans après la première infection ne fait pas augmenter de façon significative le taux d'anticorps.

Tétanos

Edsall G, Elliott MW, Peebles to et al.:
Excessive use of tetanus toxoid boosters.
JAMA 202: 17-19, 1967

Dans une étude portant sur 45 enfants, les auteurs ont observé que le plus bas niveau d'anticorps était égal à 40 fois le seuil de protection. Ils laissent entendre que les doses de rappel ne devraient être données qu'à des intervalles de 10 ans et que des doses d'urgence ne devraient pas être administrées à moins d'un an d'intervalle.

Ipsen J:
Immunization of adults against diphtheria and tetanus.
N Engl J Med 251: 459-466, 1954

Les auteurs suggèrent que l'immunité contre la diphtérie et le tétanos, administrée aux enfants, devrait être maintenue jusqu'à l'âge adulte grâce à l'administration de doses de rappel. Il semble désavantageux de réduire l'intervalle entre les injections; il est recommandé d'espacer les injections de 5 à 10 ans et aussi d'administrer le vaccin au moment de l'exposition à l'une ou l'autre des affections.

Newell KW, Duenas-Lehmann A, Leblanc DR:
The use of toxoid for the prevention of tetanus neonatorum. Final report of a double-blind controlled field trial.
Bull Who 35: 863-871, 1966

Expérience menée dans une région rurale de la Colombie, entre 1961 et 1966, afin d'évaluer l'efficacité d'une méthode de contrôle du tétanos du nouveau-né non liée à l'examen médical régulier. On a observé que la vaccination au moyen de 2 ou 3 injections intramusculaires de 1 mL de phosphate d'aluminium — anatoxine tétanique absorbée, protège le nouveau-né, apparemment pendant plus de 4 ans.

16. Maladies infectieuses affectant les voyageurs internationaux

Anonyme:
Prophylactic gamma globulin for prevention of endemic hepatitis. Effects of U.S. gamma globulin upon the incidence of viral hepatitis and other infectious diseases in U.S. soldiers abroad. A comparative study.
Arch Intern Med 128: 723-738, 1971

Étude prospective à double insu sur la prévention de l'hépatite virale épidémique au moyen d'injections à des fins prophylactiques de gamma-globulines sériques humaines dérivées — É.-U. Cette étude a porté sur 107 803 soldats américains affectés en Corée. On a observé que l'incidence de l'hépatite était réduite de beaucoup et que la protection assurée par le vaccin durait environ 6 mois. La dose assurant une protection maximale est de 5mL. L'incidence des autres affections n'a pas été modifiée.

Krugman S:
Viral hepatitis: Recent developments and prospects for prevention.
J Pediatr 87: 1067-1077, 1975

Aperçu général de l'évolution naturelle de l'hépatite A et de l'hépatite B, incluant la description des virus de l'hépatite, des modèles animaux, les progrès de l'immunologie et la mise au point d'un vaccin inactivé contre l'hépatite B.

17. Tuberculose

Ashley MJ, Wigle WD:
The epidemiology of active tuberculosis in hospital employees in Ontario, 1966-1969.
Am Rev Resp Dis 104: 851-860, 1971

En raison de la fermeture des sanatoriums, le traitement de la tuberculose se fait maintenant dans les hôpitaux généraux. Le but de l'étude était d'examiner le profil épidémiologique de la tuberculose chez les employés d'hôpitaux afin d'énoncer les recommandations nécessaires à la prévention et au contrôle de l'affection. Cette étude a eu pour conclusion qu'il est nécessaire, en plus des mesures de surveillance générales actuellement recommandées, de mettre en application des mesures préventives précises.

Fourth report to the medical research council by its tuberculosis vaccines clinical trials committee:
BCG and vole bacillus vaccines in the prevention of tuberculosis in adolescence and early adult life.
Bull Who 46: 371-385, 1972

L'incidence annuelle (pour 1000) de la tuberculose était de 0,28 parmi les 13 598 participants ayant reçu le vaccin BCG et de 1,28 parmi les participants ne réagissant pas à la tuberculine et n'ayant pas été vaccinés (réduction de 78 p. 100); dans le cas du vaccin au bacille du campagnol (5817 participants), les chiffres étaient de 0,29 et de 1,50 (réduction de 81 p. 100). L'incidence de toutes les formes de la tuberculose est montée en flèche au cours des 15 années, sauf pour la tuberculose urogénitale.

Springett VH:
The value of BCG vaccination.
Tubercle 46: 76-84, 1965
Étude de la valeur du vaccin BCG et exposé des facteurs à prendre en considération pour l'utilisation continue de la vaccination à grande échelle. On a conclu que puisque la tuberculose était en voie d'être contrôlée, nous en viendrons à un point où le taux de conversion de la tuberculine, et par conséquent le taux d'attaques tuberculeuses des personnes ne réagissant pas à la tuberculine, sera si faible que le vaccin BCG ne sera plus justifié.

Ten Dam HG, Toman K, Hitze KL et al.:
Present knowledge of immunization against tuberculosis.
Bull Who 54: 255-269, 1976

Étude de la valeur protectrice du vaccin BCG, de ses effets secondaires et des complications qui en résultent, accompagnée d'une brève évaluation des programmes de vaccination BCG.

Vandiviere HM, Dworski M, Melvin IG et al.:
Efficacy of bacillus Calmette-Guerin and isoniazid-resistant bacillus Calmette-Guerin with and without isoniazid chemprophylaxis from day of vaccination. II. Field trial in man.
Am Rev Resp Dis 108: 301-313, 1973

Évaluation des effets d'une chimioprophylaxie de courte durée avec l'insoniazide (INH) sur le pouvoir immunogène du BCG conventionnel et du BCG résistant à l'INH. L'article fait aussi état d'une étude visant à déterminer si l'INH pourrait être donné en même temps que le BCG afin de développer l'immunité contre la tuberculose, de façon à accroître la protection des personnes exposées à l'affection dans les foyers qui ne sont pas encore infectés. On a conclu que la vaccination avec le bacille de Calmette-Guérin résistant à l'isoniazide n'était pas justifiée

18. Autres maladies contre lesquelles on peut s'immuniser

Influenza

Éditorial:
Guillain-Barre syndrome and influenza vaccine.
Br Med J 1: 1373-1374, 1977

On a avancé que le syndrome de Guillain-Barré est dû à une réaction allergène associée à l'infection initiale ou à un agent immunisant, tué ou vivant. La peur née de l'épidémie survenue aux États-Unis lors du programme de vaccination contre la grippe porcine fait apparaître le besoin de pousser la recherche sur l'étiologie et la pathogénèse de l'affection.

Williams MC, Davignon L, McDonald JC et al.:
Trials of aqueous killed influenza vaccine in Canada, 1968-69.
Bull Who 49: 333-340, 1973

Rapport de quatre essais aléatoires à double insu, effectués avec différents vaccins de type A, et B, au cours d'une période d'activité de la grippe B parmi le personnel militaire et les enfants de niveau primaire. Les réactions vaccinales signalées étaient inférieures à 0,1 p. 100 dans le cas des vaccins purifiés et à 2,6 p. 100 dans le cas du vaccin bivalent à virus tué «standard» en solution aqueuse. On a observé une poussée de grippe pendant les deux premiers essais avec les militaires et constaté que les trois vaccins contenant les sources A-2 assuraient une protection clinique semblable. L'efficacité du vaccin A-2/MTL/68, produit avant que ne soit isolée la variante Hong-Kong, n'était pas connue et on a conclu, vu l'absence d'un vaccin précis contre une nouvelle source endémique, qu'il ne faut pas présumer qu'un vaccin préparé à partir d'une autre source récente est à coup sûr inutile.

Pneumonie à pneumocoques

Austrian R:
Prevention of pneumococcal infection by immunization with capsular polysaccharides of streptococcus pneumoniae: Current status of polyvalent vaccines.
J Infect Dis 136 (Suppl): 938-942, 1977

Rapport de situation sur les essais cliniques présentement effectués avec les vaccins polyvalents. Il semble que les vaccins polyvalents contenant un nombre aussi élevé que 13 polyosides capsulaires de *S. pneumoniae* sont antigénétiques, sûrs et efficaces pour la prévention de la pneumonie lobaire et de la bactériémie pneumococcique chez les adultes. Leur utilisation chez les groupes à risque élevé est recommandée.

19. Gastro-entérite aiguë de l'enfance

Cramblett HG, Azimi P, Haynes RE:
The etiology of infectious diarrhea in infancy, with special reference to enteropathogenic E. Coli.
Ann NY Acad Sci 176: 80-92, 1971

Revue complète de la documentation existant actuellement sur le sujet et exposé des perspectives d'avenir. Cet article marque une étape dans la documentation sur le sujet, puisque l'application de la microscopie électronique des selles depuis le début de 1972 a donné naissance à bon nombre de nouvelles données sur le sujet.

Davidson GP, Bishop RF, Townley RRW et al.:
Importance of a new virus in sporadic enteritis in children.
Lancet 1: 242-246, 1975

Enquête épidémiologique et étiologique tout à fait originale, effectuée pendant l'année auprès des enfants admis dans un hôpital de Melbourne (Australie) avec une entérite aiguë. On y rapporte l'isolation d'un nouveau virus, le rotavirus, et on suggère que le nom du virus soit changé pour «duovirus». L'agent étiologique a été observé chez environ 75 p. 100 des enfants admis à l'hôpital.

Éditorial:
Lessons from the Newfoundland gastroenteritis epidemic of 1963.
Can Med Assoc J 96: 484-485, 1967

Rapport sur la méthode énergique et originale adoptée par les médecins et le personnel infirmier et d'hygiène communautaire pour faire face à une épidémie locale, dans des conditions qui étaient loin d'être idéales. La méthode fait appel à la cohabitation de la mère et de l'enfant et favorise l'allaitement maternel.

Gangarosa EJ, Merson MH;
Epidemiologic assessment of the relevance of the so-called enteropathogenic serogroups of escherichia coli in diarrhea.
N Engl J Med 296: 1210-1213, 1977

Texte fouillé et très relevé contre l'utilisation du typage sérologique «d'usage» de *E. Coli* pour l'étude des accès diarrhéiques.

Gurwith MJ, Williams TW:
Gastroenteritis in children: A two-year review in Manitoba. 1. Etiology.
J Infect Dis 136: 239-247, 1977

La meilleure de trois études épidémiologiques et étiologiques menées au Canada sur la gastro-entérite sporadique des enfants. Cette étude s'ajoute à celles déjà effectuées ailleurs: Melbourne (Davidson et collaborateurs, 1975), Birmingham (Bryden et collaborateurs, 1975), Boston (Echeverria et collaborateurs, 1975) et Washington (Kapikian et collaborateurs, 1976). Le recours à l'examen microscopique électronique des selles est peu populaire.

Iyengar L, Selvara RJ:
Intestinal absorption of immunoglobulins by newborn infants.
Arch Dis Child 47: 411-414, 1972

Étude visant à déterminer si le nourrisson peut absorber les immunoglobulines du colostrum, qui est une riche source d'anticorps, avant qu'il ne produise lui-même ses anticorps. Les taux d'immunoglobuline sérique du nourrisson à sa naissance et après avoir été nourri au colostrum ont été déterminés, ce qui a permis de supposer qu'il y avait un certain degré d'absorption.

Kapikian AZ, Kim HW, Wyatt RG et al.:
Human reovirus-like agent the major pathogen associated with «Winter» gastroenteritis in hospitalized infants and young children.
N Engl J Med 294: 965-972, 1976

Étude menée auprès d'enfants hospitalisés, à cause de diarrhée, pour une durée de 4 jours ou moins. Les parents de ces enfants ont aussi été examinés dans le but de dépister une infection possible. La moitié des malades qui ont subi un examen au microscope électronique et des épreuves sérologiques ont démontré des signes d'infection par un agent semblable au réovirus.

Konno T, Suzuki H, Kutsuzawa T et al.:
Human rotavirus and intussusception. (Letter).
N Engl J Med 297: 945, 1977

Texte qui laisse entendre qu'il y aurait des preuves venant étayer la théorie selon laquelle l'infection par le rotavirus humain peut causer une invagination chez le nourrisson.

Larsen SA Jr, Homer DR:
Relation of breast versus bottle feeding to hospitalization for gastroenteritis in a middle-class U.S. population.
J Pediatr 92: 417-418, 1978

Étude comparative des enfants hospitalisés à cause de gastro-entérites, visant à déterminer l'incidence de l'allaitement maternel. Cette étude a permis d'observer que l'allaitement maternel joue très probablement un grand rôle dans la protection contre les infections intestinales. On a aussi remarqué que l'allaitement maternel n'assure une protection que s'il n'est pas interrompu.

Madeley CR, Cosgrove EP, Bell EJ et al.:
Stool viruses in babies in Glasgow. I. Hospital admissions with diarrhoea.
J Hyg (Camb) 78: 261-273, 1977

Publication prudente de données préliminaires sur le rôle d'un certain nombre de virus possibles dans une population relativement choisie et soumise à une étude prospective. L'étude a une grande valeur pour ce qui est de l'identification des petits virus, et le texte contient d'excellentes précisions sur le travail de laboratoire et la préparation des tableaux.

Middleton PJ, Szymanski MT, Petric M:
Viruses associated with acute gastroenteritis in young children.
Am J Dis Child 131: 733-737, 1977

L'utilisation de la microscopie électronique avec un colorant à contrastes négatifs pour l'examen d'échantillons de selles de malades infectés a permis d'isoler cinq virus possibles, dont le rotavirus est ressorti comme cause importante de l'affection. Les quatre autres virus sont le «miniréovirus», le picornavirus-parvovirus, l'astrovirus et l'adénovirus.

Stoliar OA, Kaniecki-Green E, Pelley RP et al.:
Secretory IgA against enterotoxins in breast-milk.
Lancet 1: 1258-1261, 1976

Dans cette étude de l'activité antitoxique du colostrum incubé avec les entérotoxines *E. coli* et *V. cholerae*, il a été observé que l'activité antitoxique était directement reliée au contenu en IgA du colostrum, mais non avec les concentrations en IgG ou en IgM.

Totterdell BM, Chrystie IL, Banatvala JE:
Rotavirus infections in a maternity unit.
Arch Dis Child 51: 924-928, 1976

Lors d'une poussée infectieuse causée par le rotavirus apparu chez les nourrissons d'une maternité de Londres, on a constaté que le dépistage du rotavirus au moyen de l'immunofluorescence dans des cultures de cellules représentait une solution de rechange acceptable à la microscopie électronique et que l'infection survenait moins fréquemment chez les bébés allaités au sein que chez les bébés nourris au biberon.

20. Infection streptococcique hémolytique

Gordis L:
Effectiveness of comprehensive-care programs in preventing rheumatic fever.
N Engl J Med 289: 331-335, 1973

Comparaison de l'incidence de la fièvre rhumatismale entre deux groupes d'enfants semblables: le premier, composé d'enfants noirs du centre-ville et ayant droit à des soins dans quatre programmes de soins complets, et le deuxième, composé d'enfants non admissibles à ces programmes. On a accepté comme méthode le prélèvement de cellules de la gorge en vue de faire des cultures pour dépister les infections streptococciques, ce qui a permis d'observer que l'incidence de l'affection était plus faible et allait décroissante chez les enfants recevant des soins complets.

Lasch EE, Frankel V, Vardy PA et al.:
Epidemic glomerulonephritis in Israel.
J Infect Dis 124: 141-147, 1971

Référence de première importance dans l'étude de la possibilité de prévenir la glomérulonéphrite aiguë (post-streptococcique). Description très détaillée d'une poussée de glomérulonéphrite aiguë. Par bonheur, lors d'une épidémie ravageante d'infections streptococciques, 50 p. 100 des malades ont pu recevoir un traitement à la pénicilline avant l'apparition de la néphrite, alors que les autres malades ont reçu ce traitement après l'apparition de la néphrite. On n'a observé aucune différence dans le taux d'attaque néphritique ou la gravité de l'affection; on a tenté de conclure que chez un enfant sujet à l'affection, même une infection de courte durée par des streptocoques néphritiques entrainera un processus conduisant à la néphrite, processus qui, une fois présent, ne peut pas être modifié par l'élimination de l'organisme qui la cause.

Merrill JP:
Glomerulonephritis.
N Engl J Med 290: 257-266, 313-319, 374-381, 1974

Revue de la pathogénèse de la glomérulonéphrite aiguë chez l'homme. Ce texte aide aussi à comprendre la prévention possible de l'affection.

Ortiz JS, Finklea JF, Potter EV et al.:
Endemic nephritis and streptococcal infections in south Trinidad surveillance studies during the first year following a major epidemic.
Arch Intern Med 126: 640-646, 1970

Comparaison des lésions cutanées, des infections streptococciques et des titres d'anticorps sériques chez 148 malades atteints de néphrite et 101 enfants ne démontrant aucun signe clinique. Les membres des familles des deux groupes ont aussi été examinés.

Svartman M, Potter EV, Poon-King T et al.:
Streptococcal infection of scabetic lesions related to acute glomerulonephritis in Trinidad.
J Lab Clin Med 81: 182-193, 1973

Comparaison de sources streptococciques isolées chez des malades atteints de glomérulonéphrite aiguë et chez un groupe témoin. Les agents ont été isolés à partir de prélèvements effectués à l'endroit de lésions psoriques, à partir de culture de cellules prélevées dans la gorge et à l'endroit d'autres lésions cutanées. Les souches de lésions psoriques ont été comparées à celles prélevées de lésions causées par le malade. Il semble que les lésions cutanées causées par les sarcoptes peuvent devenir le foyer de diverses souches streptococciques néphritiques.

Tompkins RK, Burnes DC, Cable WE:
An analysis of the cost-effectiveness of pharyngitis management and acute rheumatic fever prevention.
Ann Intern Med 80: 481-492, 1977

Comparaison des coûts et de l'efficacité de trois stratégies faisant appel à la pénicilline dans le traitement des malades atteints de pharyngite. Cette comparaison se base sur des données publiées et des techniques de décision et d'analyse.

Wannamaker LW:
Difference between streptococcal infections of the throat and of the skin.
N Engl J Med 282: 23-31, 78-85, 1970

Exposé sur l'épidémiologie et les différences entre l'infection streptococcique de la gorge et de la peau et aussi sur l'éclat du porteur. La portée de la fréquence et des mesures préventives de la fièvre rhumatismale et de la glomérulonéphrite aiguë est aussi très bien exposée.

21. Infection des voies urinaires

Asscher AW:
Urinary-tract infection.
Lancet 2: 1365-1367, 1974

Exposé sur la valeur du dépistage des infections des voies urinaires chez les femmes en général et chez les femmes enceintes. Dans la pratique générale, environ 12 consultations sur 1000 ont un rapport avec les infections des voies urinaires. Vingt p. 100 des adultes et 40 p. 100 des enfants atteints d'insuffisance rénale en phase terminale sont aussi atteints de pyélonéphrite chronique. Vingt p. 100 des femmes atteintes de bactériurie au tout début de leur grossesse développent une pyélonéphrite symptômatique aiguë plus tard au cours de cette même grossesse. La valeur du dépistage de la bactériurie chez les femmes enceintes a été démontrée, mais la valeur du dépistage chez les femmes en général est encore à l'étude.

Kunin CM, Degroot JE, Uehling D et al.:
Detection of urinary tract infections in 3- to 5-year-old girls by mothers using a nitrite indicator strip.
Pediatrics 57: 829-835, 1976

Taux de participation évalué à 21 p. 100 lors d'un programme de dépistage auprès d'une population visée. Le moyen de publicité le plus efficace s'est révélé le journal quotidien. Parmi les 1573 filles, on a relevé 18 cas (1,1 p. 100). Dans un groupe de 243 filles ne faisant pas partie de la population visée, on a observé 8 cas. Le taux faussement positif était de 0,3 p. 100. Les infections antérieures, les symptômes mineurs d'affection des voies urinaires et de pyurie étaient courants dans ces cas. L'utilisation de bandes au nitrite constitue une méthode efficace de dépistage.

Randolph MF, Greenfield M:
The incidence of asymptomatic bacteriuria and pyuria in infancy. A study of 400 infants in private practice.
J Pediatr 65: 56-66, 1964

Enquête effectuée auprès de 200 nourrissons de sexe masculin et de 200 de sexe féminin pour dépister la bactériurie et la pyurie asymptomatiques lors d'examens médicaux réguliers. On a recueilli les antécédents des nourrissons, prélevé un échantillon d'urine puis effectué une analyse ordinaire de l'urine et une numération quantitative des colonies. Si on enregistrait un résultat positif, on prélevait deux autres échantillons d'urine avant de poser un diagnostic. Lors du dépistage initial, on a observé une bactériurie chez 2 p. 100 des filles, mais les garçons en étaient exempts. Au cours d'une enquête répétée auprès de ce même groupe, la prévalence de l'affection était de 4,5 p. 100 chez les filles et de 0,5 p. 100 chez les garçons. La méthode de dépistage la plus sûre était la numération quantitative des colonies, épreuve qui peut être utilisée dans le cabinet du médecin et les services de consultations externes.

Savage DCL, Adler K, Howie G et al.:
Controlled trial of therapy in covert bacteriuria of childhood.
Lancet 1: 358-361, 1975

Résultats d'un traitement mis à l'essai pendant deux ans, après que le diagnostic ait été posé. Le taux d'infection récidivante dans le groupe traité égalait le taux d'infection rebelle du groupe témoin, et l'incidence de la pyélonéphrite clinique était identique dans les deux groupes. On a conclu que le dépistage de la bactériurie asymptômatique pendant l'enfance n'avait pas encore fait ses preuves.

22. Toxoplasmose

Desmonts G, Couvreur J:
Congenital toxoplasmosis. A prospective study of 378 pregnancies.
N Engl J Med 290: 1110-1116, 1974

Parmi les 378 femmes enceintes ayant des titres d'anticorps antitoxoplasmiques et des taux de séroconversion élevés au début de la grossesse, 183 ont été atteintes de l'infection au cours de la grossesse (6, 3 pour 100 grossesses). Les conséquences sur le foetus variaient de mineures à graves, et on a observé que l'affection grave n'était observée que lorsque la mère contractait l'infection au cours des deux premiers trimestres de sa grossesse. Les mères possédant des anticorps avant la grossesse ont donné naissance à des enfants sains.

Viens P, Auger P, Villeneuve R et al.:
Serological survey for congenital toxoplasmosis among 4, 136 pregnant women.
Trans R Soc Trop Med Hyg 71: 136-139, 1977

Résultats d'une enquête épidémiologique prospective sur la toxoplasmose congénitale latente, effectuée auprès de 4136 femmes et de 3787 de leurs nouveau-nés dans la région de Montréal. La prévalence des anticorps était de 41 p. 100 chez les mères et de 36 p. 100 chez les bébés. Le taux de séroconversion annuel moyen était de 1 p. 100. L'incidence de la toxoplasmose congénitale était de 0,1 p. 100.

Viens P, Morisset R, Stefanescu I et al.:
La toxoplasmose en milieu québécois.
I. Résultats d'une enquête séro-épidémiologique par la technique d'immunofluorescence.
Union Med Can 102: 2072-2077, 1973

Exposé de la technique indirecte de fluorescence des anticorps pour la détermination de l'incidence de la toxoplasmose dans la région de Montréal et des conditions régissant un contrôle approprié de cette technique, et adaptation du test aux unités internationales.

24. Blennorragie

Cooper DL, Bernstein GS, Ivler D et al.:
Gonorrhea screening program in a women's hospital out-patient department: Results and analysis of risk factors.
J Am Vener Dis Assoc 3(2 pt 1): 71-75, 1976

Cultures endocervicales pour déceler *N. gonorrhoeae* faites chez 4285 nouvelles malades se présentant à la salle d'urgence ou aux services de consultations externes. De ce nombre, 144 (3,4 p. 100) ont eu des résultats positifs. Un questionnaire a servi à confirmer les caractéristiques de risque élevé possible. Parmi ces caractéristiques, on remarquait l'âge, la race, l'état civil, les antécédents de maladies vénériennes ou d'infections pelviennes et la multiplicité des partenaires sexuels.

Feng WC, Medeiros AA, Murray ES:
Diagnosis of gonorrhea in male patients by culture of uncentrifuged first-voided urine.
JAMA 237: 896-897, 1977

Étude comparative de trois tests: culture des premières urines, frottis urétraux et culture de cellules prélevées dans l'urètre avec un écouvillon. Dans cette étude, on présente aussi des données sur l'efficacité et la sensibilité d'une culture d'un échantillon non centrifugé de 10 à 20 mL des premières urines et diagnostic de la blennorragie chez l'homme. On a constaté que la culture des premières urines était un test aussi sensible que la culture de cellules de l'urètre prélevées au moyen d'un écouvillon.

Rendtorff RC, Curran JW, Chandler RW et al.:
Economic consequences of gonorrhea in women: Experience from an urban hospital.
J Am Vener Dis Assoc 1(1): 40-47, 1974

Évaluation de la fréquence et des coûts des diverses complications de la blennorragie chez les femmes, dans toutes les cliniques et dans tous les hôpitaux du comté de Memphasis and Shelby, au Tennessee. On estime aux États-Unis que, pour 1972, le coût des complications de la blennorragie chez les femmes s'élevait, à l'échelle nationale, à au moins $ 211 893 189.

Silverstone PI, Snodgrass CA, Wigfield AS:
Value of screening for gonorrhoea in obstetrics and gynaecology.
Br J Vener Dis 50: 53-56, 1974

Présentation des résultats d'une évaluation d'un programme de dépistage régulier de la blennorragie, de la syphilis et des autres infections vaginales. À la suite de cette étude, on a décidé de poursuivre le dépistage de la blennorragie sur une base limitée seulement, en faisant appel au jugement clinique pour chaque malade, et d'évaluer continuellement cette façon de procéder. Toutes les femmes enceintes devraient quand même subir le test VDRL.

Youmans JB (Ed):
Syphilis and other venereal diseases.
Med Clin North Am 48(3): 571-809, 1964

Texte bref mais complet sur les connaissances actuelles au sujet de la blennorragie, de la syphilis et d'autres maladies vénériennes.

25. Syphilis

Gjestland T:
The Oslo study of untreated syphilis.
Acta Derm Venereol Supl (Stockh) 35 (Suppl34): 11-368, 1955

Cet ouvrage traite de la postobservation de 473 syphilitiques dont l'affection n'a pas été traitée. Cette postobservation s'étendait sur une période pouvant aller jusqu'à 40 ans.

Youmans JB (Ed):
Syphilis and other venereal diseases.
Med Clin North Am 48(3): 571-809, 1964
Voir blennorragie (24).

28. Insuffisance pondérale du nouveau-né

Donovan JW:
Randomised controlled trial of anti-smoking advice in pregnancy.
Br J Prev Soc Med 31: 6-12, 1977

Au cours de cet essai contrôlé, on n'a constaté aucun effet des conseils relatifs au bannissement de la cigarette sur le poids des nouveau-nés. Cependant, puisque les renseignements sur l'habitude de fumer ont été recueillis en entrevue après la naissance, il est possible que l'absence d'effets sur le poids du nouveau-né résulte du fait que les habitudes n'ont pas été changées et qu'il ne s'agisse pas d'une preuve contre une relation étiologique directe entre le tabagisme et l'insuffisance pondérale du nouveau-né.

Meyer MB, Jonas BS, Tonascia JA:
Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy.
Am J Epidemiol 103: 464-476, 1976

Étude effectuée en 1960-1961, en collaboration, dans 10 hôpitaux d'enseignement de l'Ontario sur 51 490 naissances, dont 701 décès intra-utérins et 655 décès néo-natals. Le but de l'étude était d'étudier l'effet du tabagisme de la mère sur divers accidents périnataux. On a conclu qu'il y avait des raisons suffisantes pour les mères de s'abstenir de fumer durant leur grossesse et des raisons primordiales pour elles d'arrêter de fumer si un saignement est observé au cours de leur grossesse. Ceci s'applique particulièrement aux femmes plus âgées, multipares et aux femmes dont d'autres bébés sont décédés pendant la période périnatale.

Singer JE, Westphal M, Niswander K:
Relationship of weight gain during pregnancy to birth weight and infant growth and development in the first year of life. A report growth and development in the first year of life. A report from the collaborative study on cerebral palsy.
Obstet Gynecol 31: 417-423, 1968

Étude effectuée en collaboration sur environ 10 000 nourrissons suivis tout au long de la première année de vie afin d'évaluer les effets du gain de poids de la mère pendant la grossesse. On a constaté que de forts gains de poids étaient liés à une élévation du poids du nouveau-né et, par conséquent, à une diminution du nombre de prématurités. L'élévation du poids de la mère a aussi été associée à une meilleure croissance et à un meilleur état physique du nourrisson pendant sa première année de vie.

29. Malnutrition

Bergner L, Susser MW:
Low birth-weight and prenatal nutrition: An interpretative review.
Pediatrics 46: 946-966, 1970

Étude des différents aspects de la variation du poids du nouveau-né, vue comme cause de mortalité périnatale et de retard développemental de l'enfant, et survol des principales études qui ont porté sur la relation entre le poids à la naissance et la nutrition. On a démontré que le poids à la naissance avait un lien plus étroit avec la mortalité périnatale que la durée de la grossesse. On a aussi suggéré que trois conclusions s'appliquent à la prévention de l'insuffisance pondérale du nouveau-né: 1) la croissance, qui entraîne une importante variation du poids à la naissance, se fait au cours du dernier trimestre de grossesse; 2) le poids du nouveau-né varie en fonction de facteurs du milieu au sens large du mot, aussi bien que de son milieu intra-utérin; 3) le poids du nouveau-né varie aussi en fonction de facteurs apparaissant et jouant pendant la grossesse.

Butterworth CE, Blackburn GL:
Hospital malnutrition.
Nutr Today 10(2): 8-18, 1975

Article qui traite de la malnutrition dans les hôpitaux et qui contient un guide pour dépister la sous-alimentation, la malnutrition et l'inanition chez les malades. Des complications sont plus susceptibles de survenir chez les malades souffrant de malnutrition, particulièrement chez ceux qui manquent de protéines et de calories.

Dibble MV, Brin M, Thiele VF et al.:
Evaluation of nutritional status of elderly subjects, with a comparison between fall and spring.
J Am Geriatr Soc 15: 1031-1061, 1967

Enquête sur l'état alimentaire de personnes de 50 ans et plus résidant dans des unités de logement publiques strictement réservées aux personnes âgées, et où chaque résident veille à sa propre alimentation. Les enquêteurs recueillaient auprès des volontaires des renseignements sur leur apport alimentaire, la valeur biochimique des aliments composant leur régime et, si possible, des données supplémentaires sur leur situation socio-économique et leurs antécédents personnels.

Guthrie HA, Owen GA, Guthrie GM:
Factor analysis of measures of nutritional status of preschool children.
Am J Clin Nutr 26: 497-502, 1973

Résultats d'une analyse factorielle de 32 variables souvent prises en considération pour l'évaluation de l'état alimentaire. On a conclu qu'il n'existe que 10 aspects indépendants ou sources variantes. Cependant, ces facteurs peuvent varier entre différents groupes de population et il peut être nécessaire de choisir d'autres méthodes d'évaluation ou variables pour obtenir des renseignements sur l'état alimentaire dans une situation particulière.

Jordan VE:
Protein status of the elderly as measured by dietary intake, hair tissue and serum albumin.
Am J Clin Nutr 29: 522-528, 1976

Évaluation de l'état alimentaire de 95 personnes admissibles à l'assurance-maladie en raison de leur âge, au moyen de l'évaluation de l'apport alimentaire, de la forme physique et de l'analyse des composantes de l'urine, du sang et des racines des cheveux. Il est suggéré d'effectuer des examens microscopiques et biochimiques d'échantillons de racines des cheveux pour dépister les cas limites de sous-alimentation et de déficit en réserve protéique, parce que les résultats de l'analyse ordinaire du sang demeurent dans les limites normales.

30. Obésité chez les enfants

Borjeson M:
The aetiology of obesity in children: A study of 101 twin pairs.
Acta Paediatr Scand 65: 279-287, 1976

Analyse du rôle de l'hérédité, de l'alimentation du nourrisson et du milieu de vie à l'âge préscolaire, effectuée dans le cadre d'une étude portant sur 40 jumeaux monozygotes et de 61 jumeaux dizygotes. On a constaté que les facteurs génétiques semblent jouer un rôle décisif dans l'apparition de l'obésité, que l'alimentation intra-utérine revêt une importance étiologique et que le milieu préscolaire n'a pas vraiment d'importance étiologique.

Brook CGD, Lloyd JK, Wolf OH:
Relation between age of onset of obesity and size and number of adipose cells.
Br Med J 2: 25-27, 1972

Le nombre total de cellules adipeuses a augmenté chez les enfants devenus obèses avant l'âge de un an et chez les adultes qui se disent obèses depuis l'enfance.

Griffith M, Payne PR:
Energy expenditure in small children of obese and nonobese parents.
Nature 260: 698-700, 1976

Les enfants de parents obèses ont des taux de dépense énergétique au repos inférieurs à ceux des enfants de parents «normaux».

Mann GV:
The influence of obesity on health.
N Engl J Med 291: 178-185, 226-232, 1974

Article traitant des meilleurs moyens de mesurer et de classer l'obésité et ses causes, d'évaluer sa distribution dans divers groupes culturels et socio-économiques, et aussi de déterminer les méthodes thérapeutiques les plus efficaces de traitement. L'auteur conclut que les risques de «complication» (infarctus du myocarde, diabète, etc.), comme on les appelle le plus souvent sont, soit négligeables, soit mineurs, et qu'ils ne constituent pas vraiment un argument en faveur de la prévention de l'obésité. L'auteur fait remarquer, cependant, que la société occidentale a adopté une attitude très négative face aux obèses.

Mellbin T, Vuille JC:
Physical development at 7 years of age in relation to the velocity of weight gain in infancy with special reference to incidence of overweight.
Br J Prev Soc Med 27: 225-235, 1973

Résultats d'une étude du lien possible entre la croissance rapide du nourrisson et l'enfant obèse dans une population où l'alimentation du nourrisson est bien contrôlée grâce à un programme uniforme. Les conclusions générales des auteurs sur la possibilité de prévenir l'obésité en modifiant la croissance du nourrisson sont négatives. Les auteurs ont constaté qu'il n'y a que de 10 à 20 p. 100 de la variation de poids de la fin de l'enfance qui est explicable par des facteurs ayant pu être dépistés chez le nourrisson.

Seltzer CC, Mayer J:
An effective weight control program in a public school system.
Am J Public Health 60: 679-689, 1970

Exposé sur un programme efficace de contrôle du poids, comprenant un accroissement de l'activité physique, une éducation en matière d'alimentation et une aide psychologique, élaboré pour les écoles publiques. L'hypothèse sous-tendant le programme est que l'obésité infantile est associée à un manque d'activité physique.

Stunkard A, D'Aquili E, Fox S:
Influence on social class on obesity and thinness in children.
JAMA 221: 579-184, 1972

L'obésité chez les enfants de race blanche vivant en milieu urbain est beaucoup plus fréquente chez les filles des classes inférieures que chez celles des classes supérieures. Chez les garçons, cette différence a aussi été constatée mais de façon beaucoup moins marquée. La sveltesse a été associée aux classes supérieures chez les filles mais on n'a pu faire une telle association pour les garçons.

31. Troubles de croissance (hormonaux)

Guyda H, Friesen H, Bailey JD et al.:
Medical research council of Canada therapeutic trial of human growth hormone: First 5 years of therapy.
Can Med Assoc J 112: 1301-1309, 1975

Résultats, après le premier cinq ans, d'un essai thérapeutique mené en collaboration sur l'hormone de croissance (STH) de 151 malades chez qui on a constaté une telle déficience hormonale. Le traitement à la STH est utile chez bon nombre de malades atteints d'une déficience absolue en STH. En général, la réponse au traitement est bonne chez les jeunes, mais on observe, chez certains malades plus âgés ou ayant une formation plus avancée des os, une accélération surprenante de la croissance. Dans les cas de réactions décroissantes au traitement continu à la STH, l'addition de fluoxymestérone au régime stimule la croissance chez la plupart des malades.

Lacey KA, Parkin JM:
Causes of short stature: A community study of children in Newcastle upon tyne.
Lancet 1: 42-45, 1974

Excellente étude communautaire menée à Newcastle-upon-Tyne auprès de tous les enfants nés en 1960 et se situant dans le tiers inférieur du rang centile pour la taille à l'âge de 10 ans. Cette étude démontre que si un enfant ne présente pas les symptômes de l'affection, il n'est pas nécessaire de l'examiner, sauf si sa taille est inférieure de plus de 3 écarts types à la moyenne ou si son taux de croissance est lent.

Prader A, Tanner JM, Von Harnack GA:
Catch-up growth following illness or starvation: An example of developmental canalization in man.
J Pediatr 62: 646-659, 1963

Présentation de cinq exemples de retard de croissance au cours d'une maladie et d'accélération de la croissance après le rétablissement. L'accélération de la croissance est traitée en relation avec le gain de poids, l'augmentation de taille et la croissance du squelette.

32. Problèmes parentaux y compris l'enfance maltraitée et négligée

Baldwin JA, Oliver JE:
Epidemiology and family characteristics of severely abused children.
Br J Prev Soc Med 29: 205-221, 1975

Cette étude rétrospective des familles où l'on retrouve des enfants maltraités a démontré que les facteurs entraînant les sévices incluent le grand nombre d'enfants dans la famille, le manque de maturité des parents, les classes sociales inférieures, l'instabilité émotive et des troubles psychiatriques médicaux et sociaux. Il serait nécessaire d'effectuer des études détaillées sur le groupement apparent des troubles familiaux. À cette fin, on pourrait utiliser des systèmes de regroupement des dossiers.

Brazelton TB:
Symposium on behavioral pediatrics. Anticipatory guidance.
Pediatr Clin North Am 22: 533-544, 1975

Le maître incontesté dans ce domaine passe brièvement en revue le peu de documents à ce sujet, en portant une attention spéciale à l'interaction parents-enfant et à l'individualité de l'enfant.

Doering SG, Entwisle DR:
Preparation during pregnancy and ability to cope with labor and delivery.
Am J Orthopsychiatry 45: 825-837, 1975

Étude de l'importance de la préparation à divers degrés et de la prise de conscience face à la naissance, sur l'attitude de la mère relativement au travail et à l'accouchement, une fois l'enfant né, et sur ses réactions envers son enfant. Plus les femmes étaient préparées au travail et à l'accouchement, mieux elles réagissaient au moment de la naissance. Cette réaction positive était fortement associée à un comportement positif envers l'enfant. Une formation permet d'augmenter les chances d'attitude positive qui a pu être observée par le choix de la cohabitation plutôt que de la pouponnière, de l'allaitement maternel plutôt que de l'allaitement au biberon et par le désir de poursuivre plus longtemps l'allaitement maternel.

Gray JD, Cutler CA, Dean JG et al.:
Prediction and prevention of child abuse and neglect.
Child Abuse Neglect 1: 45-58, 1977

Étude sur la possibilité de prédire, surtout au cours de la période périnatale et au début de la phase néo-natale, certaines méthodes anormales qui pourront être utilisées pour l'éducation de l'enfant, au moyen d'observations dans la salle d'accouchement et à l'aide d'un questionnaire.

Helfer RE, Kempe CH:
The child's need for early recognition, immediate care and protection, in *Helping the Battered Child and his Family.* (Eds Kempe CH, Helfer RE).
Lippincott, 1972

Ce travail très important effectué par deux des pionniers les plus célèbres dans le domaine de l'enfance maltraitée et négligée contribue à signaler aux médecins ce qu'ils devraient rechercher, chez les parents et l'enfant, qui indiquerait une situation à risque élevé. Ce n'est pas une étude dirigée mais le résultat d'observations minutieuses effectuées pendant bon nombre d'années par certaines des personnalités les plus reconnues dans le domaine de la recherche et de l'enfance maltraitée.

Helfer RE, Kempe CH, (Eds):
Child abuse and neglect: The family and the community.
Ballinger, 1976

Document capital de la prévention de l'enfance maltraitée et négligée et peut-être le travail le plus important jusqu'à maintenant sur cette question particulière.

Jacobs J (Ed):
Child abuse, neglect, deprivation and the family syndrome. (Child and family syndrome.)
Mental Health Committee Canadian Pediatric Society, 1976

Excellente perspective canadienne du problème de l'enfance maltraitée, tel que le voient les pédiatres canadiens.

Kempe CH:
Paediatric implications of the battered baby syndrome.
Arch Dis Child 46: 28-37, 1971

Articles donnant une vue générale de ce syndrome et de la responsabilité qu'a la profession médicale d'aider les familles aux prises avec ce problème. Trois facteurs doivent être présents pour qu'un enfant soit battu: a) la possibilité d'abus b) les caractéristiques d'un enfant en particulier, telles que perçues par un parent en particulier, et c) un état de crise.

Klaus MH, Kennell JH:
Maternal-infant bonding. The impact of early separation or loss on family development.
Mosby, 1976

Les sujets discutés comprennent l'attachement du nourrisson à sa mère, les effets catastrophiques de leur séparation à long terme, la réponse du nouveau-né à la stimulation qu'il reçoit de ses parents, les principes gouvernant l'attachement de la mère à son enfant, les signes et les symptômes d'un bon ou d'un mauvais attachement du nourrisson à ses parents.

Klein M, Stern L:
Low birth weight and the battered child syndrome.
Am J Dis Child 122: 15-18, 1971

Étude sur la séparation et l'isolement du nouveau-né de faible poids de sa mère en tant que facteur de risque pour de mauvais traitements, un rejet et de la négligence au cours des mois et des années qui suivent. On propose que les médecins encouragent un contact maternel étroit avec ces nourrissons malades et qu'ils leur fournissent plus tard, des soins d'appui, à l'instar des centres de soins à l'enfance.

Lynch M:
Risk factors in the child: A study of abused children and their siblings, in *the Abused Child: A multidisciplinary approach to developmental issues and treatment. (Ed Martin HP).*
Ballinger, 1976, pp 43-56

Ce chapitre traite des facteurs à risque élevé, identifiables chez les enfants eux-mêmes, qui peuvent entraîner leurs parents à les maltraiter.

Martin HP:
Which children get abused: High risk factors in the child, in *the Abused Child: A multidisciplinary approach to developmental issues and treatment. (Ed Martin HP)*
Ballinger, 1976, pp 27-41

Ce chapitre décrit les types d'enfants qui se prédisposent à manquer d'attrait et à être non désirés. Un retard de la croissance, une hyperactivité, une laideur physique peuvent tous être des signes de risques élevés. Le médecin devrait noter les commentaires négatifs des parents en ce qui a trait à ces signes.

Richman N:
Depression in mothers of pre-school children.
J Child Psychol Psychiatry 17: 75-78, 1976

Parmi les facteurs qui prédisposent les mères à la dépression, on retrouve le fait qu'elles ne travaillent pas à l'extérieur, qu'elles aient perdu leur mère avant l'âge de 11 ans, qu'elles aient 3 enfants ou plus de moins de 14 ans. En général, les femmes déprimées semblent avoir moins de ressources matérielles et sociales que les femmes non déprimées d'un groupe de comparaison.

Robinson K (Chairman):
Child abuse and neglect. Report to the House of commons. Standing committee on health. Welfare and social affairs. First session of the thirtieth Parliament of Canada. 1976.
(Cat NO XC28-301/1-65-1)

Rapport donnant une vue générale de l'opinion des députés canadiens et le témoignage de bon nombre des professionnels au Canada qui ont paru devant le Comité permanent.

Smith SM, Hanson R:
134 Battered children: A medical and psychological study.
Br Med J 3: 666-670, 1974

Article décrivant les malformations congénitales, l'âge, le sexe, les types et l'importance des blessures et leurs séquelles et d'autres éléments importants. Des 134 enfants, près de la moitié présentaient des blessures graves, 21 sont décédés et 20 souffraient de séquelles neurologiques permanentes. Un quart était des enfants de faible poids et 10 souffraient de malformations congénitales graves. Pour prévenir cette situation, il faudrait peut-être enseigner aux mères à répondre aux besoins physiques et psychologiques fondamentaux des enfants et à ne pas hésiter à faire appel au médecin.

33. Hyperactivité et difficultés d'apprentissage

Cantwell DP (Ed):
The hyperactive child: Diagnosis, management, current research.
Spectrum Publ, 1975

Livre comportant un choix minutieux d'articles rétrospectifs marquants sur la description, l'étiologie et le traitement.

Crichton J, Kendall D, Catterson J et al.:
Learning disabilities, a practical office manual. Canadian pediatric society, Victoria B.C.
Morris Printing, 1972

Manuel de bureau décrivant les méthodes d'évaluation diagnostique, le rôle d'une variété de professions et de techniques thérapeutiques. La section qui porte sur l'utilisation et l'efficacité des médicaments ainsi que sur les problèmes qui s'y rapportent ne tient pas compte des connaissances actuelles.

Gittelman, Klein R:
Recent advances in child psychopharmacology
Human Sciences Press, 1976

Relevé général de la littérature sur l'efficacité des médicaments pour le traitement de l'enfant hyperactif. La majorité des études sont bien conçues et font appel à des méthodes dirigées à double insu avec placebos.

Graham P:
Management in child psychiatry: Recent trends.
Br J Psychiatry 129: 106-107, 1976

La diversification beaucoup plus grande des façons de prendre en main les cas de psychiatrie infantile, au cours des quelques dernières années, a permis aux méthodes thérapeutiques de mieux répondre aux besoins des enfants et des familles. Même si plus d'études évaluatives sont maintenant signalées, la plupart des choses considérées comme valables en pratique courante restent non évaluées, surtout dans le domaine de la psychothérapie.

Gray JD, Cutler CA, Dean JG et al.:
Prediction and prevention of child abuse and neglect.
Child Abuse Neglect 1: 45-58, 1977

Voir: Problèmes parentaux (32), y compris l'enfance maltraitée et négligée.

Kenny TJ, Clemmens RL:
Behavioral pediatrics and child development. A clinical handbook.
Williams and Wilkins, 1975

Ouvrage exhaustif sur l'arriération mentale, les difficultés d'apprentissage et les troubles sensoriels; il traite de diverses techniques éducatives, psychologiques et médicales.

Kolata GB:
Childhood hyperactivity: A new look at treatments and causes.
Science 199: 515-517, 1978

Revue de l'état actuel des connaissances, dans le domaine, et du traitement de l'hyperactivité de l'enfant. Il faut définir le diagnostic de l'hyperactivité et découvrir la cause de cette affection. Le traitement est à base de médicaments et de conseils relatifs au comportement et à l'éducation de l'enfant.

Sprague RL, Sleator EK:
Drugs and dosages: Implications for learning disabilities. In neuropsychology of learning disorders: Theoretical approaches. (Eds Knights RM, Bakker DJ).
Univ Park Press, pp 351-366, 1976

Revue générale des publications portant sur l'efficacité des médicaments utilisés dans le traitement de l'enfant hyperactif. La majorité des études sont bien conçues et font appel à des méthodes dirigées à double insu avec placebos.

Wells RA, Dilkes TC, Trivelli N:
The results of family therapy: A critical review of the literature.
Fam Process 11: 189-207, 1972

Des 18 études examinées sur la thérapie familiale et rédigées d'après des entrevues conjointes et familiales, deux seulement ont été considérées adéquates en ce qui a trait à la conception de la recherche. L'article traite donc des méthodes et objectifs possibles d'une recherche à venir portant sur les résultats de la thérapie familiale.

34. Troubles familiaux, problèmes conjugaux et sexuels

Cromwell R, Olsen D, Fournier D:
Tools and techniques for diagnosis and evaluation in marital and family therapy.
Fam Process 15: 1-49, 1976

Liste des diverses épreuves psychométriques disponibles pour dépister les troubles familiaux et évaluer le traitement.

Haley J, Hoffman L:
Techniques of family therapy.
Basic Bookds, 1967

Livre renfermant des discussions entre les auteurs et cinq thérapeutes familiaux éminents, y compris Virginia Satir et Don Jackson. Le principal défaut du livre est son manque d'information sur l'élaboration du plan de traitement à l'intention des familles visées, après que les thérapeutes aient organisé leurs sessions d'interview initiales.

Spence J, Walton WS, Miller FJW et al.:
A thousand families in Newcastle upon Tyne. An approach to the study of health and illness in children.
Oxford Univ Press, 1954

Ouvrage décrivant le coût des troubles familiaux pour la famille et ses membres. Le stress ressenti par la famille et l'individu nuit au fonctionnement de toute la famille.

Watzlawick P:
A structured family interview.
Fam Process 5: 256-271, 1966

Article fournissant une excellente approche de l'évaluation et du traitement d'une famille aux prises avec des problèmes. Il repose sur l'hypothèse que le comportement humain n'est pas un phénomène aléatoire, mais bien structuré.

35. Troubles psychiatriques (troubles affectifs et suicide)

Anonyme:
The current status of lithium therapy: Report of the APA Task Force.
Am J Psychiatry 132: 997-1001, 1975

Étude de la valeur du lithium, de son mode d'emploi, de ses effets secondaires et du traitement des malades. On conclut que le lithium, lorsqu'il peut être utilisé seul, est le premier choix du traitement des manies. Toutefois, si l'hyperactivité doit être maîtrisée immédiatement, le lithium et un neuroleptique se révéleraient plus indiqués.

Anonyme:
The Royal college of psychiatrists memorandum on the use of electroconvulsive therapy.
Br J Psychiatry 131: 261-272, 1977

Dans ce mémoire, le comité traite de trois aspects de l'électro-choc: 1) la revue des preuves scientifiques de l'efficacité de l'électro-choc et de ses effets secondaires, 2) les recommandations sur les normes à observer pour administrer l'électro-choc, et 3) les problèmes médico-légaux liés à ce traitement.

Barraclough BM, Jennings C:
Suicide prevention by the Samaritans: A controlled study of effectiveness.
Lancet 2: 237-238, 1977

Évaluation de l'efficacité des «Samaritans» (centres d'assistance psychologique). Les auteurs tendent à montrer que ces centres n'ont pas eu de répercussions sur le taux de suicide. C'est peut-être la meilleure étude portant sur un domaine d'évaluation extrêmement difficile.

Bielski RJ, Friedel RO:
Prediction of tricyclic antidepressant response. A critical review.
Arch Gen Psychiatry 33: 1479-1489, 1976

Revue critique des études à double insu qui ont évalué la prédiction de la réponse au chlorhydrate d'imipramine et au chlorhydrate d'amitriptyline chez des déprimés. Les facteurs permettant de prédire une réponse positive comprenaient, entre autres, la classe socio-économique supérieure, le début insidieux, l'anorexie, la perte de poids, l'insomnie dormitionnelle et post-dormitionnelle et les troubles psychomoteurs. Au nombre de facteurs qui permettaient de prédire une mauvaise réponse se trouvaient les traits névrotiques, hypocondriaques et hystériques, les épisodes antérieurs multiples et les délires.

Eastwood MR, Brill L, Brown JH:
Suicide and prevention centres.
Can Psychiatr Assoc J 2: 571-575, 1976

Article de référence traitant des dimensions du problème lié au suicide et à des actes «parasuicidaires» au Canada, et des difficultés auxquelles se heurtent les services existants de prévention pour intervenir avec succès.

Goldberg D:
Psychiatric disorders.
Lancet 2: 1245-1248, 1974

Article sur l'à-propos du dépistage des troubles psychiatriques. Les questions débattues comprennent le diagnostic des troubles, le questionnaire général sur la santé et l'inventaire médical de Cornell, la sensibilité et la spécificité de ces épreuves, la population à soumettre au dépistage et l'accessibilité des ressources diagnostiques et thérapeutiques. Comme on ne sait pas si le dépistage psychiatrique fait plus de bien que de mal, on ne prône pas de l'effectuer à grande échelle, mais plutôt de poursuivre la recherche dans ce domaine.

Kennedy P:
Efficacy of a regional poisoning treatment centre in preventing further suicidal behaviour.
Br Med J 4: 255-257, 1972

Article tentant de prouver que le temps est un facteur important dans le traitement d'un malade «parasuicidaire». Il porte à penser que l'intervention immédiate réussit mieux à abaisser le taux de répétition que les soins de consultations externes d'usage.

Miles CP:
Conditions predisposing to suicide: A review.
J Nerv Ment Dis 164: 231-246, 1977

L'étude des causes de décès chez des groupes souffrant des diverses entités pathologiques principales a révélé que la grande majorité des suicides étaient liés à un nombre relativement faible d'affections. On a estimé que les causes suivantes prévalaient: dépression primaire, dépression réactionnelle, alcoolisme, 15 p. 100 chacun; schizophrénie, 10 p. 100; personnalité psychopathique, 5 p. 100; et toxicomanie opiacée, 10 p. 100 ou plus.

Ovenstone MK, Kreitman N:
Two syndromes of suicide.
Br J Psychiatry 124: 336-345, 1974

Étude fournie par le groupe d'Édimbourg séparant le comportement suicidaire en différents types. Elle corrobore ce qui a été découvert en Californie et au Canada. Des 106 suicidés, 50 avaient des antécédents de comportement «parasuicidaire» (groupe P) et 56 n'avaient pas essayé de se suicider (NP). Les membres du groupe P avaient de longs antécédents d'instabilité, s'étaient suicidés à l'aide de drogues, avaient menacé auparavant de se tuer et l'avaient fait lorsqu'ils étaient avec d'autres. Les membres du groupe NP étaient plus stables; le suicide faisait suite à une situation de tension intense. Ils se sont suicidés lorsqu'ils étaient seuls, ne l'ont pas annoncé et ils ont eu recours à du gaz de houille ou se sont mutilés pour en arriver à leur fin.

La statistique de l'état civil:
Mortalité due au suicide. 1950-1968
Statistique Canada (Cat. no 84-528 hors série).

Statistiques canadiennes sur une période de 20 ans. Elles sont utiles pour identifier les tendances.

Walk D:
Suicide and community care.
Br J Psychiatry 113: 1381-1391, 1967

Article comparant l'incidence du suicide au cours de deux périodes de cinq ans, c'est-à-dire avant et après l'introduction de méthodes de soins communautaires. Même si l'introduction de soins communautaires n'a pas eu d'effet évident sur le suicide dans la population en général ou chez les sujets plus jeunes, elle peut avoir protégé certaines personnes âgées du suicide. La proportion des gens demeurés en contact avec les centres de soins communautaires au cours de l'année qui a précédé leur suicide n'a toutefois pas changé de façon appréciable.

Organisation mondiale de la santé:
Prévention du suicide.
Cahier de santé publique O.M.S., doc. 35, Genève, 1968

Même si cette monographie a été écrite il y a dix ans, elle vaut la peine d'être lue pour sa revue des facteurs liés au suicide et aux actes «parasuicidaires» et pour la liste des nombreux ouvrages publiés avant cette époque.

36. Tabagisme

Ashford JR:
Smoking and the use of health services.
Br J Prev Soc Med 27: 8-17, 1973

En combinant une enquête sur la morbidité fondée sur des données provenant de la médecine générale et un recensement d'un groupe défini de la population fait pour déterminer son habitude de fumer, il a été découvert que pour la plupart des catégories 1) il y avait une relation directe entre l'usage de la cigarette et le recours à différents services de santé et 2) qu'il existait une relation dose-effet positive.

Committee on Youth:
A new approach to teen-age smoking.
Pediatrics 57: 465-466, 1976

Le Comité signale qu'il y a une augmentation évidente du nombre de femmes, d'adolescentes et d'adolescents qui fument. Chaque jour, aux É.-U., 3200 adolescents de 12 à 18 ans commencent à fumer. Parmi les facteurs qui incitent les gens à fumer, le plus important est l'habitude de fumer des parents et des frères et soeurs. La publicité a été dirigée surtout vers les adultes, mais il semble que les jeunes soient sensibles aux campagnes éducatives qui visent à décourager le tabagisme et que les médecins peuvent influencer le comportement des jeunes face au tabac.

Raw M:
Persuading people to stop smoking.
Behav Res Ther 14: 97-101, 1976

Étude échelonnée sur une période de trois mois, portant sur l'utilité prévisible d'un questionnaire pour évaluer la motivation de réduire le tabagisme chez un échantillon de clients du service des maladies des voies respiratoires et sur la détermination de l'effet de trois variables sur les taux de tabagisme: 1) l'avis du pneumologue d'arrêter de fumer, 2) la présence à une autre entrevue «de motivation» auprès d'un psychologue, 3) le port d'un sarrau blanc par le psychologue pendant cette entrevue. Les conseils du médecin étaient efficaces, l'entrevue supplémentaire «de motivation» était inefficace et les sujets réagissaient au sarrau blanc en réduisant leur taux de tabagisme de façon importante, peu importe que le psychologue qui le porte leur conseille de réduire leur usage du tabac ou non.

37. Consommation d'alcool

Drew LRH:
Alcoholism as a self-limiting disease.
J Stud Alcohol 29: 965-967, 1968

Rapport traitant de la tendance de l'alcoolisme à disparaître avec l'âge à cause, en grande partie, de la mortalité, mais aussi à cause d'un rétablissement spontané. En 1968, en Scandinavie, le traitement de l'alcoolisme consistait à prodiguer des soins médicaux pour les épisodes aigus et à encourager l'acceptation sociale de l'alcoolique lui-même. Des soins de garde de protection prolongés sont fournis, si nécessaire. Ce type de traitement semble être indiqué même si la mortalité ou le rétablissement spontané est le principal facteur de réduction de l'incidence de l'alcoolisme avec l'âge.

Edwards G, Orford J, Egert S et al.:
Alcoholism: A controlled trial of "Treatment" and "Advice".
J Stud Alcohol 38: 1004-1031, 1977

Article portant sur la détermination de la valeur d'un régime thérapeutique représentant à peu près l'aide offerte, en général, à l'alcoolique dans un centre de traitement. Ce régime a été comparé à un régime beaucoup moins intensif et d'un type qui serait habituellement considéré comme inadéquat. Les deux groupes d'alcooliques ont reçu soit une session de counseling, soit un traitement de plusieurs mois par l'entremise des services d'hospitalisation et de consultations externes. Un an après, les résultats obtenus pour les deux groupes ne différaient pas substantiellement.

Klatsky AL, Friedman GD, Siegelaub et al.:
Alcohol consumption and blood pressure. Kaiser — Permanent multiphasic health examination data.
N Engl J Med 296: 1194-1200, 1977

Étude de la tension artérielle en relation avec l'habitude de boire connue de 83 947 hommes et femmes de trois races. Les réponses au questionnaire sur le bilan de santé ont montré qu'il n'y avait pas de différence dans la tension artérielle des hommes qui prenaient de zéro à deux verres par jour. Les femmes qui prenaient deux verres ou moins par jour avaient une tension artérielle légèrement plus basse que celles qui ne buvaient pas. Trois verres ou plus menaient à des tensions artérielles supérieures chez tous les groupes. La relation qui existait entre la tension artérielle et la consommation d'alcool était indépendante de l'âge, du sexe, de la race, de l'usage du tabac, de la consommation de café, d'une ancienne consommation abusive d'alcool, de l'éducation et de l'obésité. La consommation régulière de trois verres d'alcool ou plus par jour constitue un facteur de risque prédisposant à l'hypertension.

Ouellette EM, Rosett HL, Rosman NP et al.:
Adverse effects on offspring of maternal alcohol abuse during pregnancy.
N Engl J Med 297: 528-530, 1977

Voir: Conséquences de l'alcoolisme des parents sur les enfants (14).

Pell S, D'Alonzo CA:
A five-year mortality study of alcoholics.
J Occupational Med 15: 120-125, 1973

Article présentant les données recueillies sur une période de 5 ans sur les décès prématurés chez les alcooliques. Parmi les 899 alcooliques relevés sur un nombre de 100 000 employés, 216 étaient répertoriés comme étant des alcooliques ne pouvant se contrôler, 383 étaient soupçonnés d'être alcooliques et 300 étaient rétablis. Le nombre de décès chez les alcooliques était de 102 comparativement à 34 dans un groupe de contrôle semblable. Onze alcooliques sont décédés de cirrhose du foie et 26 du cancer. Aucun membre du groupe de contrôle n'est mort de la cirrhose du foie et 7 sont décédés du cancer. Cette surmortalité (et surmorbidité) constatée chez les alcooliques peut être attribuable non seulement aux effets de l'alcool lui-même, mais aussi à certaines caractéristiques du comportement et de la personnalité communes aux alcooliques.

Powell WJ, Klatskin G:
Duration of survival in patients with Laennec's cirrhosis. Influence of alcohol withdrawal, and possible effects of recent changes in general management of the disease.
Am J Med 44: 406-420, 1968

Présentation de courbes de survie de 5 ans pour 283 cas histologiques documentés de la cirrhose de Laennec. Ces courbes montrent que les malades qui arrêtent de consommer de l'alcool vivent plus longtemps que ceux qui continuent à boire et que la longévité moyenne de ces malades, peu importe leur consommation d'alcool, est plus longue que celle des malades qui vivaient il y a trente ans.

Wilkinson P, Kornaczewski A, Rankin JG et al.:
Physical disease in alcoholism. Initial survey of 1,000 patients.
Med J Aust 1: 1217-1223, 1971

Étude de la fréquence des complications chez les alcooliques qui se sont rendus volontairement à une clinique de traitement des alcooliques. L'affection alcoolique aiguë du foie était la complication aiguë la plus courante (25,1 p. 100), la neuropathie périphérique touchait 19,0 p. 100 d'entre eux et l'hypertension, 16,9 p. 100. Les états chroniques les plus fréquents étaient la bronchite chronique (17,3 p. 100), la cirrhose (9,8 p. 100), le syndrome cérébral chronique (8,8 p. 100), l'épilepsie (7,8 p. 100) et l'ulcère gastro-duodénal (7,2 p. 100). Des lésions traumatiques graves, attribuables principalement à des accidents de la route, ont été signalées par 11,6 p. 100 des malades. Les complications précoces étaient les ulcères gastro-duodénaux et les blessures à la suite d'accidents de la route tandis que la cirrhose et l'encéphalopathie chronique constituaient les complications tardives.

38. Strabisme

Holt KS:
Infancy and childhood.
Lancet 2: 1057-1060, 1974

Revue des troubles décelables au cours des périodes périnatale et néo-natale et pendant l'enfance. Évaluation critique du dépistage tel qu'il est fait actuellement.

Oliver M:
Screening of pre-school children for ocular anomalies. I. Screening methods and their practicability at different ages. II. Amblyopia: Prevalence and therapeutic results at different ages.
Br J Ophthalmol 55: 462-471, 1971

Programme de dépistage de l'amblyopie chez les enfants âgés de 18 mois à 6 ans ayant montré que la fréquence de l'affection augmentait avec l'âge, et ce de façon marquée. Passé l'âge de 3 ans, au moins 33 p. 100 des sujets amblyopes ne louchaient pas et ils étaient diagnostiqués au moyen d'épreuves d'acuité visuelle. Avant l'âge de 6 ans, il n'y a pas d'âge critique pour le traitement de l'amblyopie. On suggère toutefois que le dépistage soit effectué par un orthoptiste, à l'âge de 3 ans afin que le traitement soit terminé avant que l'enfant n'entre à l'école. Comme bon nombre d'enfants amblyopes ne présentent pas de déviation oculaire et que leur état peut ne pas être décelé à cet âge, on conseille qu'une épreuve d'acuité visuelle supplémentaire soit effectuée à 5 ans, lorsque l'enfant est habituellement en mesure de collaborer. Des examinateurs relativement inexpérimentés peuvent faire passer ces test, y compris les jardinières d'enfants et les infirmières qui n'ont pas été formées spécialement à cette fin.

39 Vice de réfraction

Tibbenham AD, Peckham CS, Gardiner PA:
Vision screening in children tested at 7, 11, and 16 years.
Br Med J 1: 1312-1314, 1978

Rapport sur la vision éloignée chez un échantillon d'écoliers ayant passé des tests à 7, 11, et 16 ans. On a constaté le passage d'une vision normale à 7 ans à un défaut visuel à 16 ans chez 18 p. 100 des enfants. Douze p. 100 du groupe d'étude est passé d'une vision normale à 11 ans à une vision anormale à 16 ans.

Peckham CS, Gardiner PA, Goldstein H:
Acquired myopia in 11-year-old children.
Br Med J 1: 542-545, 1977

Examen de la relation entre le milieu social, la croissance et les résultats scolaires à 7 et 11 ans d'un échantillon d'enfants devenus myopes. On a découvert que la myopie était plus répandue chez les enfants qui provenaient de familles à professions non manuelles. Ces résultats appuient d'autres études qui ont découvert que les enfants qui devenaient myopes avaient déjà atteint des résultats scolaires beaucoup plus élevés aux examens que les enfants qui avaient une vision normale.

40. Troubles auditifs

Shah CP, Dale R, Chandler D:
The challenge of hearing impairments in children.
Can Fam Physician 23: 175-183, 1977

Cet article examine les facteurs responsables du retard à poser le diagnostic de troubles auditifs chez l'enfant. Il semble, le plus souvent, que le médecin de famille soit responsable de cet état de choses. L'article décrit les manifestations de la surdité au cours de la première enfance et les épreuves simples d'acuité auditive qui s'effectuent au cabinet du médecin, et traite de la sélection des malades devant être adressés à d'autres médecins.

41. Glaucome à angle ouvert

Anderson DR, Hoskins HD:
The management of elevated intraocular pressure with normal optic discs and visual fields. I. Therapeutic approach based on high risk factors. II. An approach to early therapy.
Surv Ophthalmol 21: 479-493, 1977

Il est généralement accepté que le traitement du glaucome a pour but de maintenir la fonction visuelle et qu'il consiste à diminuer la tension intraoculaire. Les symptômes qui justifient son traitement sont controversés. Les critères de sélection suggérés sont une augmentation de la tension en présence de facteurs comme l'âge, des antécédents familiaux, une affection vasculaire généralisée, le diabète sucré, et un rapport cupule optique — papille optique supérieur à 0,5 en présence d'ovalité verticale. L'article fait entrevoir qu'une papille optique et un champ normaux, en présence d'une augmentation de la tension, indiquent que la personne n'est probablement pas très susceptible aux lésions causées par l'augmentation de la tension.

Bankes JLK, Perkins ES, Tsolakis S et al.:
Bedford glaucoma survey.
Br Med J 1: 791-796, 1968

Dans cette enquête portant sur 5941 personnes, 55 cas de glaucome primaire ont été décelés (0,93 p. 100). Comme près de 80 p. 100 des sujets atteints de glaucome avaient plus de 60 ans, l'article préconise que les programmes de dépistage du glaucome devraient surtout s'adresser aux personnes les plus âgées. En dépit de la difficulté liée à l'interprétation de ses résultats, la tonométrie est le procédé de dépistage le plus sûr qui n'a pas besoin de faire appel à un ophtalmologiste expérimenté.

Kitazawa Y, Horie T, Aoki S et al.:
Untreated ocular hypertension. A long-term prospective study.
Arch Ophthalmol 95: 1180-1184, 1977

Soixante-quinze malades ayant une tension intra-oculaire supérieure à 21 mm de Hg, mais n'ayant pas de défaut apparent du champ visuel, ont été suivis sans être traités pendant une période minimale de 9 ans. Tout au long de l'observation, 7 d'entre eux ont présenté les anomalies du champ visuel caractéristiques du glaucome. L'étude n'a mis en évidence aucun facteur clinique permettant de prévoir l'évolution de l'hypertension oculaire.

Vargas E, Drance SM:
Anterior chamber depth in angle-closure glaucoma. Clinical methods of depth determination in people with and without the disease.
Arch Ophthalmol 90: 438-439, 1973

On a évalué la sensibilité et la spécificité de la lampe à éclairage diffus et de la lampe à fente pour dépister l'étroitesse de la chambre antérieure de l'oeil (facteur de risque pour le glaucome) et le glaucome à angle fermé. Les deux tests peuvent être recommandés comme procédés utiles de dépistage de l'étroitesse de la chambre antérieure de l'oeil et du glaucome à angle fermé.

Wallace J, Lovell HG:
Glaucoma and intraocular pressure in Jamaica.
Am J Ophthalmol 67: 93-100, 1969

Cette enquête ophtalmique effectuée dans une banlieue de Kingston, en Jamaïque, sur 85 p. 100 de la population âgée de 35 à 74 ans, a permis de découvrir que la tension intra-oculaire tendait à augmenter avec l'âge, puis à tomber après des mesures successives, et que le glaucome était plus répandu chez les personnes d'origine africaine.

Williams MT, Hayakawa J, Vaughan DC et al.:
Evaluation of a prevention of blindness program in Santa Clara Country. Special emphasis on glaucoma detection. (1960-1970).
JAMA 219: 737-740, 1972

Le dépistage du glaucome chez plus de 30 000 personnes a donné les résultats suivants: 1,33 p. 100 des gens présentaient un glaucome certain et 2,32 p. 100, un glaucome incertain. Dans ce dernier groupe, on a confirmé depuis le diagnostic de glaucome chez 58 personnes.

42. Hyperlipidémie

Fredrickson DS, Levy RI, Lees RS:
Fat transport in lipotropeins – an integrated approach to mechanisms and disorders.
N Engl J Med 276: 34-44, 94-103, 148-156, 215-225, 273-281, 1967

Examen de la structure et de la fonction des lipoprotéines plasmatiques et des modifications qu'elles subissent au cours de certaines affections. L'article portait surtout sur l'hyperlipidémie.

Goldstein JL, Schrott HG, Hazzard WR et al.:
Hyperlipidemia in coronary heart disease. II. Genetic analysis of lipid levels in 176 families and delineation of a new inherited disorder, combined hyperlipidemia.
J Clin Invest 52: 1544-1568, 1973

Les taux de lipides chez les survivants de l'infarctus du myocarde, leurs parents et des personnes témoins ont été déterminés et ils ont révélé que les parents avaient des taux de cholestérol et de triglycérides supérieurs à ceux des témoins. L'analyse génétique a identifié trois gènes élevant les lipides. Le caractère hétérozygote quant à un de ces trois gènes pourrait avoir une fréquence de 1 p. 100 dans la population en général.

Stone NJ, Levy RI, Fredricksons DJ et al.:
Coronary artery disease in 116 kindred with familial type II hyperlipoproteinemia
Circulation 49: 476-488, 1974

Analyse de l'état de l'appareil cardiovasculaire de plus de 1000 personnes, à partir de 116 parents atteints d'une hyperlipoprotéinémie familiale de type II. Le risque couru par ces personnes de souffrir d'une coronaropathie a été comparé à celui des autres membres de la famille ayant des taux normaux de lipoprotéines de faible densité. La coronaropathie a été diagnostiquée chez 29,5 p. 100 de ceux qui présentaient une hyperlipoprotéinémie de type II par rapport à 10,5 p. 100 chez les parents normaux.

43. Hypertension

Veterans administration cooperative study group on antihypertensive agents:
Effects of treatments on morbidity in hypertension. II. Results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 MM HG.
JAMA 213: 1143-1152, 1970

Cet article donne les résultats exprimés en taux de morbidité et de mortalité, d'un essai prospectif dirigé de traitement médicamenteux. Un groupe de 380 malades présentant une hypertension légère ou modérée a reçu des placebos ou des antihypertenseurs actifs. Le traitement a réduit de 55 à 18 p. 100 le risque prévu de présenter une réaction morbide pendant une période de cinq ans. Le traitement a mieux réussi à prévenir l'insuffisance cardiaque globale et l'attaque que les complications d'une coronaropathie.

44. Thalassémie

Alter BP, Modell CB, Fairweather D et al.:
Prenatal diagnosis of hemoglobinopathies.
N Engl J Jed 295: 1437-1443, 1976

Évaluation des résultats obstétriques et hématologiques dans le diagnostic des hémoglobinopathies chez 15 cas, soit 11 pour la thalassémie et 4 pour la drépanocytose. La synthèse de la globuline a été évaluée par incubation des échantillons avec de la ^{3}H-leucine et par séparation de la chaîne sur des colonnes de carbosyméthyl cellulose. Même si le diagnostic prénatal est possible, la fréquence actuelle des décès foetaux et des erreurs diagnostiques indique qu'il y a encore des progrès à faire.

Necheles TF, Chung S, Sabbah R et al.:
Intensive transfusion therapy in thalassemia major: an eight-year follow-up.
Ann NY Acad Sci 232: 179-185, 1974

Discussion des effets de la transfusion sanguine chez les malades dont le taux d'hémoglobine est maintenu au-dessus de 9,5 g/100 mL pendant 5 à 8 ans. Le programme de transfusion sanguine offre des avantages importants, surtout pour les plus jeunes malades qui souffrent d'une thalassémie majeure et qui sont dépendants de la transfusion, car il leur permet d'éviter un bon nombre de complications graves. Les effets à long terme (10-20 ans) d'un tel programme sont encore inconnus.

Pearson HA, O'Brien RT, McIntosh S:
Screening for thalassemia trait by electronic measurement of mean corpuscular volume.
N Engl J Med 288: 351-353, 1973

Description d'un mode de détermination électronique du volume globulaire moyen en tant qu'épreuve de dépistage valable pour la thalassémie. Les auteurs déclarent que le test convient au dépistage car il est rapide, automatisé et peu coûteux. Il exclut définitivement la grande majorité des personnes normales; il donne peu de résultats faussement négatifs et le nombre de résultats faussement positifs est faible.

Propper Rd, Cooper B, Rufo RR et al.:
Continuous subcutaneous administration of deferoxamine in patients with iron overload.
N Engl J Med 297: 418-423, 1977

Une excellente revue des points forts et des faiblesses du traitement par chélation du fer.

45. Anémie ferriprive

Elwood PC, Hughes D:
Clinical trial of iron therapy on psychomotor function in anaemic women.
Br Med J 3: 254-255, 1970

Évaluation de différents aspects de la fonction psychomotrice chez 47 femmes ayant des taux d'hémoglobine inférieurs à 10,59/100 mL avant et après la sidérothérapie. La hausse d'hémoglobine n'a semblé modifier ni la fonction ni les symptômes psychomoteurs. On conclut que l'anémie, sauf lorsqu'elle était extrême, n'a probablement pas altéré la fonction psychomotrice ni provoqué les symptômes.

Gardner GW, Edgepton VR, Barnard RJ et al.:
Cardiorespiratory, hematological and physical performance responses of anemic subjects to iron treatment.
Am J Clin Nutr 28: 982-988, 1975

Dans ces expériences, les sujets ayant des taux d'hémoglobine relativement faibles ont été répartis en des groupes recevant du fer ou des placebos. Après leur avoir fait subir une épreuve ordinaire des deux marches, on a déterminé leur fréquence cardiaque, leur lactate sanguin et leur consommation d'oxygène afin d'évaluer le stress relatif de l'exercice imposé avant et après le traitement au fer. Des données sur la force musculaire ont été obtenues et des mesures anthropométriques prises. Ces données ont été comparées à celles obtenues chez un groupe témoin. L'anémie altère la capacité d'exécution d'un travail physique, mais on ne sait toujours pas à quels taux précis l'hémoglobine devient un facteur important de la détermination de la capacité d'exécution d'un travail physique.

Lukens JN:
Iron defiency and infection. Fact or fable.
Am J Dis Child 129: 160-162, 1975

Aperçu général du métabolisme du fer, à la lumière des données recueillies par les microbiologistes, les immunologistes et les chercheurs cliniques. Le rôle du fer dans la lutte entre les microorganismes et l'hôte reste à être défini. Il n'y a pas de preuves convaincantes que les enfants qui ont une carence en fer sont désavantagés d'un point de vue immunologique. Il est donc nécessaire d'évaluer de façon objective et globale les mécanismes de défense des enfants qui souffrent d'une carence en fer.

46. Bronchite chronique

Burrows B, Earle RH:
Course and prognosis et chronic obstructive lung disease. A prospective study of 200 patients.
N Engl J Med 280: 397-404, 1969

En assurant une postobservation systématique de 200 sujets, pendant 4 à 8 ans, on a découvert que l'affection évoluait de façon régulière. Cette découverte a permis de prédire la longévité d'après les résultats initiaux. Les facteurs permettant d'établir le mieux le pronostic étaient les mesures de la capacité ventilatoire, la fréquence cardiaque au repos et les taux de gaz carbonique. Les données sur l'évolution de l'affection ont été déclarées compatibles avec le concept selon lequel le syndrome respiratoire obstructif chronique évolue lentement et commence bon nombre d'années avant l'apparition des symptômes cliniques.

Doll R, Hill AB:
Mortality in relation to smoking: ten years observations of British doctors.
Br Med J 1: 1399-1410, 1460-1467, 1964

Pendant 12 ans, on a suivi la mortalité d'environ 41 000 médecins (hommes et femmes) au Royaume-Uni. On analyse les décès en relation avec l'usage du tabac et on découvre que cet usage est associé, à différents degrés, à sept causes de décès chez les hommes, c'est-à-dire le cancer des poumons, les cancers des voies respiratoires supérieures et des voies digestives, la bronchite chronique, la tuberculose pulmonaire, la maladie coronarienne non hypertensive, l'ulcère gastro-duodénal et la cirrhose du foie. L'enquête ne fait pas de lien pour le reste des décès (60 p. 100)

Fletcher CM:
The natural history of chronic bronchitis.
Community health (Bristol) 7: 70-78, 1975

Étude prospective de la relation de la bronchite mucopurulente et obstructive simple dans un large échantillon de travailleurs chez qui l'on retrouve une haute fréquence de symptômes bronchitiques. Le tabagisme était la seule cause importante de la perte du volume expiratoire forcé, occasionnée par l'obstruction des voies aériennes. On conclut que l'hypersécrétion muqueuse et l'inflammation bronchique sont liées à l'obstruction des voies aériennes, mais qu'elles n'engendrent ni son développement ni sa progression.

Raw M:
Persuading People to stop smoking.
Behav Res Ther 14: 97-101, 1976
Voir tabagisme (36).

47. Carence en alpha-1-antitrypsine

Kueppers F, Black LF:
Alpha-1-antitrypsin and its deficiency.
Am Rev Respir Dis 110: 176-194, 1974

Les personnes homozygotes pour le gène PI-Z ont des concentrations d'alpha-1-antitrypsine d'environ 20 mg par 100 mL. Ces personnes sont particulièrement exposées à souffrir du syndrome respiratoire obstructif chronique qui apparaît généralement dans la quarantaine. Les hétérozygotes ayant les phénotypes MZ, MS et des taux intermédiaires d'alpha-1-antitrypsine peuvent aussi être prédisposés au syndrome respiratoire obstructif, mais à un moindre degré. L'usage de la cigarette accélère apparemment la détérioration de la fonction pulmonaire chez les homozygotes et les hétérozygotes souffrant d'une déficience génétique (principalement PI-Z).

Lieberman J:
Alpha-1-antitrypsin deficiency and chronic pulmonary disease.
NY State J Med 76: 181-186, 1976

L'alpha-1-antitrypsine assure, par le réseau sanguin, un mécanisme de protection de certains tissus contre l'action digestive d'enzymes protéolytiques des leucocytes et des macrophages. Une déficience héréditaire de cette protéine prédispose à l'emphysème, surtout chez les personnes qui fument la cigarette ou sont exposées à d'autres irritants respiratoires inhabituels. Les personnes qui ont hérité du stade intermédiaire ou hétérozygote de la déficience en antitrypsine ne présentent pas nécessairement les signes de l'emphysème pulmonaire, ce qui signifie que les programmes de dépistage et de consultation préventive peuvent être utiles.

Morse JO, Lebowitz MD, Kundson RJ et al.:
A community study of the relation of alpha-1-antitrypsin levels to obstructive lung diseases.
N Engl J Med 292: 278-281, 1975

Examen de la relation des taux d'alpha-1-antitrypsine du sérum par rapport à la fréquence d'une altération ventilatoire, d'une symptomatologie respiratoire et d'une affection pulmonaire diagnostiquée dans un échantillon aléatoire stratifié de ménages blancs à Tucson, en Arizona (2586 sujets). Les donnés révèlent qu'un niveau intermédiaire de déficience en alpha-1-antitrypsine n'est pas un facteur de risque important prédisposant à un syndrome respiratoire obstructif chronique. Le taux de déficience grave est si faible que le dépistage de la population pour ces sujets n'est pas pratique.

48. Cancer du sein

MacMahon B, Cole P, Brown J:
Etiology of human breast cancer: a review.
J Natl Cancer Inst 50: 21-42, 1973

Les principaux facteurs de risque sont l'âge, la région géographique de résidence, l'âge au premier accouchement, certains indices d'activité ovarienne, des antécédents de tumeurs bénignes au sein et des antécédents familiaux de cancer du sein. L'étude porte aussi sur des hypothèses étiologiques particulières.

Moskowitz M, Russell P, Fidler J et al.:
Breast cancer screening. Preliminary report of 207 biopsies performed in 4,128 volunteer screenees.
Cancer 36: 2245-2250, 1975

Un programme de dépistage, fondé sur l'examen médical, la thermographie et la mammographie xéroradiographique et mené auprès de 5000 femmes volontaires, a donné un taux de biopsies positives de 22,5 p. 100 pour un groupe n'ayant pas fait l'objet d'un dépistage. Même si cet écart n'est pas significatif d'un point de vue statistique, le stade évolutif différait. Par exemple, dans le groupe ayant fait l'objet d'un dépistage, 39 p. 100 en était à l'étape «in situ», comparativement à 2,2 p. 100 dans le groupe qui n'était pas visé par le programme.

Shapiro S, Strax P, Venet L:
Periodic breast cancer screening in reducing mortality from breast cancer.
JAMA 215: 1777-1785, 1971

Dans cet essai aléatoire à long terme, des femmes âgées de 40 à 64 ans ont été réparties au hasard dans des groupes d'étude et des groupes témoins (31 000 par groupe). Les femmes du groupe d'étude ont passé un examen initial et trois examens supplémentaires à des intervalles d'un an qui comprenaient l'examen du sein par un médecin et la mammographie. Les premiers résultats (après 5 ans) montrent que les ganglions axillaires n'étaient pas touchés, chez 59 p. 100 des femmes de tout le groupe d'étude et chez 45 p. 100 des femmes du groupe témoin. Le taux de mortalité enregistré après 3,5 ans était de 33,7 p. 100 pour le groupe témoin et de 18,1 p. 100 pour tout le groupe d'étude. Ce taux tient compte d'une période pour établir le diagnostic, le dépistage ayant déjà été fait. Il faut plus de temps pour déterminer si l'effet est à court ou à long terme.

49. Cancer du col de l'utérus

The Walton Report:
Cervical cancer screening programs.
Can Med Assoc J 114: 1-32, 1976

Ce rapport prouve que les programmes de dépistage réduisent efficacement la mortalité attribuable au cancer du col de l'utérus et que leur efficacité est liée directement à la proportion de la population qui fait l'objet du dépistage. Il recommande que la fréquence du test Pap soit fonction du risque encouru.

50. Cancer du côlon et du rectum

Craig DG:
Test for occult blood.
J R Coll Gen Pract 25: 698-701, 1975

Cet article traite de cinq épreuves de dépistage de sang occulte dans les selles, sa présence étant un des signes cliniques du cancer du côlon. Les nouveaux tests ne nécessitent pas de préparation spéciale pour le dépistage initial. Pour confirmer un résultat positif, il est suggéré de faire suivre au malade un régime spécial et de lui faire recueillir trois échantillons qu'il peut appliquer lui-même sur la lamelle.

Greegor DA:
Occult blood testing for detection of asymptomatic colon cancer.
Cancer 28: 131-134, 1971

Ce travail traite d'une méthode de dépistage annuel possible à l'aide de lamelles commerciales imprégnées de gaïac. La plupart des malades ont suivi un régime sans viande à haute teneur en résidus pendant les quatre jours où les selles ont été recueillies. Des 900 prélèvements d'usage effectués chez les adultes, 5 p. 100 réagissaient positivement au gaïac. Chaque malade a subi un examen radiologique à la suite d'un lavement baryté. Sur tout le groupe, 1 p. 100 présentait un cancer asymptomatique du côlon, 2 p. 100 une diverticulose et 1 p. 100, des polypes non malins.

Kassira E, Parent L, Vahouny G:
Colon cancer: an epidemiological survey.
Am J Dig Dis 21: 205-214, 1976

Cet article donne un aperçu général des données disponibles permettant de mieux évaluer le rôle potentiel de composés nutritifs dans l'étiologie primaire du cancer du côlon et du rectum. Le régime alimentaire joue, directement ou indirectement, voire les deux, un rôle important dans l'étiologie du cancer du côlon. On n'a pas encore établi la différence entre les facteurs d'aggravation primaires et secondaires.

Silverberg E, Holleb AI:
Cancer statistics 1974 — worldwide epidemiology.
CA 24: 2-21, 1974

Répertoire des taux de mortalité associés aux différentes localisations de cancer dans les États américains, et à travers le monde, et répertoire des facteurs de risque et des écarts choisis de mortalité pour les principales localisations de cancer.

Weiss O:
Proctologic cancer detection — report of a survey on 1,000 asymptomatic neuropsychiatric patients.
Am J Proctol 23: 296-310, 1972

Cette enquête, effectuée auprès de 1000 volontaires asymptomatiques de sexe masculin pensionnaires d'une institution neuropsychiatrique, a permis de découvrir 4 malades atteints d'un cancer anal et recto-sigmoïdien, 2 d'un cancer de la prostate et 2 d'un cancer cutané (visage). Il est recommandé d'inclure la recto-sigmoïdoscopie dans les programmes d'examens médicaux annuels, surtout chez les personnes hospitalisées et chez les personnes placées en institution pour un séjour prolongé. Les publications indiquent que le risque d'une perforation intestinale est de 1 sur 1000. En l'occurrence, il n'y a pas eu de perforation.

Zamcheck N:
The present state of cea in diagnosis, prognosis and evaluation of therapy.
Cancer 36: 2460,2468, 1975

Même si la méthode CEA n'est pas conçue spécifiquement pour le diagnostic du cancer du côlon, l'article traite de son usage dans le traitement des malades atteints d'un cancer recto-sigmoïdien pour déceler s'il y a dissémination des métastases. L'utilisation des mesures quantitatives en série peut servir à déterminer la présence de tumeurs résiduelles ou métastatiques après une résection chirurgicale apparemment complète, à déceler une reprise à un stade plus précoce qui ne saurait autrement être mise en évidence et à évaluer les effets de la chimiothérapie, pourvu que les essais ne soient utilisés qu'en parallèle avec des résultats d'examens cliniques et d'épreuves de laboratoire exhaustifs.

51. Cancer du poumon

Brett GZ:
The value of lung cancer detection by six-monthly chest radiographs
Thorax 23: 414-420, 1968

Essai aléatoire dans lequel la prise fréquente de clichés pulmonaires n'a pas réduit la mortalité associée au cancer du poumon chez un groupe particulièrement exposé. Toutefois, de tous les cas signalés de cancer pulmonaire du groupe à l'étude, indépendamment de la façon dont ils avaient été décelés, 43,6 p. 100 étaient opérables, comparativement à 29 p. 100 dans le groupe témoin. Cet écart est significatif d'un point de vue statistique et on estime qu'il est raisonnable d'encourager les personnes de groupes à risque élevé à utiliser régulièrement les installations de radiographie de masse déjà en place.

Doll R, Hill AB:
Mortality in relation to smokin: ten years' observations of British doctors.
Br Med J 1: 1399-1410, 1460-1467, 1964

Voir bronchite chronique (46).

Holland WW, Elliott A:
Cigarette smoking, respiratory symptoms and anti-smoking propaganda.
Lancet 1: 41-43, 1968

Étude des symptômes de troubles respiratoires et de l'habitude de fumer des enfants âgés de 11 ans ou plus, évaluation de l'effet qu'a un changement de leur habitude de fumer sur leur santé et essai aléatoire visant à vérifier l'efficacité de la propagande décourageant le tabagisme. Les enfants qui fumaient avaient plus de symptômes que ceux qui s'en abstenaient; le changement de leur habitude de fumer modifiait la symptomatologie et la propagande visant à décourager le tabagisme n'avait pas de répercussions sur leur usage du tabac.

Melamed M, Glehinger B, Miller D et al.:
Preliminary report of the lung cancer detection program in New York.
Cancer 39: 369-382, 1977

Les hommes de plus de 45 ans, qui fument la cigarette et sont considérés comme étant particulièrement exposés, sont invités à s'inscrire à un programme annuel de radiographie pulmonaire (clichés postéro-antérieurs et latéraux). L'analyse cytologique des crachats d'un sous-groupe choisi au hasard, composé d'environ la moitié des participants, a aussi été effectuée à tous les 4 mois. Au moment de ce rapport, il semble que les clichés pulmonaires avec cytologie des crachats peuvent être plus efficaces qu'une ou l'autre des deux méthodes, pour déceler un cancer pulmonaire à son début.

Miller AB:
Recent trends in lung cancer mortality in Canada.
Can Med Assoc J 116: 28-30, 1977

Au cours de la dernière décennie, la mortalité attribuable au cancer du poumon a continué d'augmenter chez les hommes, surtout chez ceux qui sont âgés de 35 à 64 ans au Québec, et elle a augmenté de façon marquée chez les femmes. Il y a eu récemment, chez les hommes, réduction du pourcentage des habitués de la cigarette, la plus grande réduction ayant peut-être été enregistrée en Ontario et la plus petite au Québec. Comme l'abus du tabac n'est pas seulement à l'origine de cancers pulmonaires mais aussi la cause de cancers de la vessie, du larynx, voire de la bouche et de l'oesophage, et de troubles des voies respiratoires et de coronaropathies, il faut continuer à déployer des efforts visant à dissuader les jeunes de fumer la cigarette et à réduire l'usage de la cirgarette chez les adultes.

Porter AMW, McCullogh DM:
Counselling against cigarette smoking: a controlled study from a general practice.
Practitioner 209: 688-689, 1972

Dans cet essai aléatoire, les habitués de la cigarette ont été bien avertis par leur médecin de restreindre leur habitude. Cet avertissement n'a eu aucun résultat.

52. Cancer de l'estomac

Correa P, Haenszel W, Cuello C et al.:
A model for gastric cancer epidemiology.
Lancet 2: 58-59, 1975

On avance l'hypothèse qu'un composé «nitroso», synthétisé dans les voies gastro-intestinales supérieures par l'action du nitrite sur les composés azotés naturels, pourrait être un cancérogène du milieu.

Hisamichi S, Nozaki K, Kitagawa M et al.:
Evaluation of mass screening program for stomach cancer.
Tohoku J Exp. Med 118 (suppl): 69-77, 1976

Tentative d'évaluation statistique de l'efficacité d'un protocole de dépistage sur une durée de 14 ans commençant en 1960, auprès d'un groupe de la préfecture de Miyagi, à Sendai. Pendant cette période, 1427 cas de cancer de l'estomac (0,18 p. 100) ont été décelés. Les cancers précoces confirmés chirurgicalement représentaient 34,6 p. 100 de tous les cas. Dans presque tous les cas, le malade ne formulait aucune plainte et il ne présentait pas de symptômes cliniques. Après l'intervention chirurgicale, le pronostic d'un cancer de l'estomac dépisté à son début était excellent. Le taux de survie pendant cinq ans était supérieur à 90 p. 100. Le taux des décès par suite de cancer de l'estomac avait diminué dans le groupe étudié.

Husain OAN:
Cytological screening for cancer of the stomach.
Proc R Soc Med 69: 489-494, 1976

Examen du dépistage de masse et dépistage de cas du cancer de l'estomac dans différents pays. On y décrit la séquence des épreuves d'étude gastrique suivie à Osaka. Le dépistage du cancer de l'estomac est possible, mais seulement lorsqu'il est fait de façon bien ordonnée sur un groupe particulièrement exposé, soigneusement choisi.

53. Cancer de la prostate

Heaney JA, Chang HC, Daly JJ et al.:
Prognosis of clinically undiagnosed prostatic carcinoma and the influence of endocrine therapy.
J Urol 118: 283-287, 1977

L'examen de 1039 dossiers a révélé 100 malades ayant un adénocarcinome prostatique non diagnostiqué cliniquement. Ces malades ont été répartis en trois groupes selon que leurs tumeurs étaient bien différenciées, modérément différenciées et mal différenciées. La comparaison de l'évolution clinique de ces groupes a montré que des huit malades décédés des suites du cancer, sept avaient des tumeurs très mal différenciées. On a découvert que les malades qui avaient reçu un traitement endocrinien sont décédés plus tôt et plus souvent d'une maladie cardio-vasculaire.

Owen WL:
Cancer of the prostate: a literature review.
J Chron Dis 29: 89-114, 1976

Cet article traite des aspects épidémiologiques et cliniques de l'affection. Les questions discutées comprennent l'incidence, la mortalité et l'âge; la géographie, la race et la religion; la condition socio-économique; l'état civil, la fertilité et les facteurs sexuels; les facteurs génériques, la relation avec le zinc et le cadmium, les antécédents médicaux, le diagnostic et les résultats d'épreuves de laboratoire; l'histoire naturelle, la survie et les traitements.

Zeigel RF, Arya SK, Horoszewicz JS et al.:
A status report. Human prostatic carcinoma, with emphasis on potential for viral etiology.
Oncology 34: 29-44, 1977

Étude du rôle possible d'un virus dans l'étiologie du cancer de la prostate. Les aspects étudiés comprennent l'épidémiologie, les études cliniques, la morphologie, la pathologie, l'enzymologie, l'immunologie, l'endocrinologie, les études de modèle animal, les systèmes *in vitro* et les études virales. Les meilleures preuves ont montré qu'il y avait un lien entre le cancer de la prostate et plusieurs tissus uro-génitaux contaminés par le virus du type herpès.

54. Cancer de la vessie

Trott PA:
Cytological screening for cancer of the bladder.
Proc R Soc Med 69: 496-498, 1976

Cet article traite de la nécessité de poursuivre le dépistage du cancer de la vessie chez ceux qui sont exposés par leur travail.

55. Cancer de la peau

Emmett EA:
Occupational skin cancer: a review.
J Occupational Med 17: 44-49, 1975

Ce travail traite de l'influence des rayonnements ultraviolets, des hydrocarbures aromatiques polycycliques, des rayonnements ionisants, de l'arsenic, des traumatismes, de la chaleur, des brûlures et de l'irritation chronique sur l'apparition de cancers de la peau chez l'homme ainsi que des principales mesures préventives.

Kaminester LH:
Sunlight, skin cancer, and sunscreens.
JAMA 232: 1373-1374, 1975

Document traitant de la kératose solaire, de l'épithélioma cutané basocellulaire, de l'épithélioma spinocellulaire de la peau et de l'utilisation d'agents de filtration des rayons solaires. Ces derniers peuvent être divisés en agents bloquants physiques et chimiques. L'article présente leurs avantages, leurs inconvénients et fournit certaines indications.

Weary PE:
A two-year experience with a series of rural skin and oral cancer detection clinics.
JAMA 217: 1862-1863, 1971

Dépistage du cancer de la peau et éducation d'un groupe particulièrement exposé (fermiers) de la Virginie du Centre par l'entremise de cliniques gratuites de dépistage du cancer et d'une campagne de promotion intensive menée par la société de lutte contre le cancer. La peau exposée et la cavité buccale ont été examinées par trois dermatologistes. Des 548 personnes qui ont fait l'objet du dépistage, 118 ont été adressées à des spécialistes. On a décelé dans 21,6 p. 100 des cas des lésions malignes et précancéreuses. Le coût unitaire total a été estimé à $23.36.

Zagula-Mally ZW, Rosenberg EW, Kashgarian M:
Frequency of skin cancer and solar keratoses in a rural southern country as determined by population sampling.
Cancer 34: 345-349, 1974

Étude visant à déterminer la vraie fréquence du cancer et du précancer de la peau dans un comté rural du Tennessee à l'aide de la méthode statistique de l'échantillonnage en grappes. Les ménages ont été visités par du personnel infirmier qualifié qui a examiné la peau des parties anatomiques exposées de tous les adultes de race blanche. Un questionnaire a été utilisé pour vérifier les connaissances des participants sur les lésions cutanées. Parmi les 978 personnes qui ont fait l'objet du dépistage, 43 avaient un cancer de la peau et 159, des keratoses solaires. Plus d'hommes que de femmes présentaient des kératoses solaires. L'épithélioma cutané basocellulaire était aussi répandu chez les hommes que les femmes.

56. Maladie de Hodgkin

Boyd NF, Feinstein AR:
Symptoms as an index of growth rates and prognosis in Hodgkin's disease.
Clin Invest Med 1: 25-31, 1978

Classification des symptômes présents avant le traitement d'après le taux de croissance. Les catégories symptomatiques qui en résultaient produisaient un gradient de pronostic plus distinctif que le système de classement du stade clinique de Ann Arbor. Un meilleur pronostic faciliterait l'évaluation thérapeutique et la recherche sur l'immunologie, la biologie cellulaire et la biochimie de la maladie de Hodgkin, puisqu'on disposerait de groupes de malades plus homogènes.

57. Cancer de la cavité buccale

Anderson DL:
Significance of surface size of intra-oral carcinoma.
J Can Dent Assoc 32: 212-223, 1966

Étude de 1707 cas de cancer de la cavité buccale montrant que la dimension de l'épithélioma spinocellulaire à la surface de la peau correspond à l'invasion locale et aux ganglions lymphatiques de la région, mais non à la dissémination des métastases. L'emplacement de la tumeur dans la cavité buccale influence toutefois le pronostic.

Hunter HA:
Three-year experience with an oral cytology service for the Ontario dental profession.
Laval Med 39: 8-10, 1968

Test qui n'est pas destiné au dépistage de masse mais qui sert à déterminer si les lésions buccales de certaines personnes sont malignes. Un tel programme a semblé nécessaire, car entre 1959 et 1966, des 186 cas enregistrés dans une clinique anticancéreuse de l'Ontario, seulement une lésion sur cinq mesurait moins de 2 cm. En 1968, le coût de chaque frottis était d'environ $3 et le dépistage était effectué par les dentistes participants (taux de participation de 35 p. 100). Au cours des trois premières années, plus de 3600 frottis ont été soumis. De ce nombre, 37 semblaient malins et 34 ont été confirmés par biopsie. De ces 34 cancers, 17 lésions mesuraient 2 cm ou moins et seulement trois ont été diagnostiquées cliniquement comme étant cancéreuses. Le taux de diagnostics faussement négatifs était de 5,5 p. 100.

Myers EN:
The toluidine blue test in lesions of the oral cavity.
Ca 20: 135-139, 1970

Étude de 70 malades présentant des lésions de la cavité buccale, colorées au bleu de toluidine, montrant qu'en plus du cancer épidermoïde, le mélanome, le fibrosarcome et le lymphosarcome donnent aussi un résultat positif. La coloration de ces tumeurs rend plus utile cette épreuve qui n'a été décrite que pour le cancer épidermoïde. Ce test pourra permettre le dépistage des lésions buccales et servir de complément à la biopsie et à l'observation.

Weir JM, Dunn JEJr., Buell PE:
Smoking and oral cancer: epidemiological data, educational responses.
Am J Public Health 59: 959-966, 1969

Revue des articles actuels sur le tabagisme et le cancer de la bouche, et préservation de nouvelles données prospectives sur le risque qu'encourt le fumeur de présenter des cancers particuliers de la cavité buccale. Elle laisse à penser que même si les recherches doivent se poursuivre, les connaissances acquises jusqu'à maintenant sont assez sûres pour justifier les efforts visant à réduire le tabagisme et ainsi diminuer l'incidence du cancer de la bouche. On suggère que les dentistes incitent plus leurs clients à arrêter de fumer.

58. Diabète sucré chez l'adulte (à l'exclusion des femmes enceintes)

Cahill GF, Edzwiler DD, Freinkel N:
"Control" and diabetes. (Editorial).
N Engl J Med 294: 1004-1005, 1976

Résumé du raisonnement à la base de la position de *l'American Diabetes Association* concernant l'efficacité d'équilibrer l'hyperglycémie.

Crofford O:
Reports to congress of the national commission of diabetes.
(DHEW publication no (NIH) 76-1018) Us Govern Printing Office, 1975

Il s'agit du rapport le plus complet sur la mortalité, la morbidité, l'importance et l'impact du diabète sucré aux États-Unis. Il comprend un examen des concepts actuels de l'étiologie de l'affection et de ses manifestations tardives, en plus d'un résumé du travail expérimental qui montre que la réduction de l'hyperglycémie empêche ou minimise les lésions oculaires, rénales et nerveuses d'origine diabétique.

Fajans SS:
Current unsolved problems in diabetes management.
Diabetes 21 (Suppl 2): 678-684, 1972

Article traitant des difficultés à obtenir des preuves irréfutables que la régulation de l'hyperglycémie éviterait les lésions nerveuses, la microangiopathie et l'athérosclérose, compte tenu des méthodes thérapeutiques qui améliorent sans «normaliser» le taux de glucose sanguin.

Job D, Eschwege E, Guyot-Argenton C et al.:
Effect of multiple daily insulin injections on the course of diabetic retinopathy.
Diabetes 25: 463-469, 1976

Rapport sur une étude prospective (l'une des rares études qui aient été faites) qui signale que l'abaissement de l'hyperglycémie ralentit la progression de la rétinopathie.

Orzeck EA, Mooner JH, OWen JA:
Diabetes Detection with a comparison of screening methods.
Diabetes 20: 109-116, 1971

Discussion des différentes méthodes utilisées dans des programmes de dépistage du diabète et évaluation de la spécificité et de la sensibilité de chacune. Cet article montre qu'il est difficile de choisir une méthode de dépistage parmi les nombreuses méthodes utilisées.

Pedersen J, Molsted-Pederson L, Andersen B:
Assessors of fetal perinatal mortality in diabetic pregnancy. Analysis of 1,332 pregnancies in the Copenhagen series, 1946-1972.
Diabetes 23: 302-305, 1974

Vaste revue d'études montrant qu'il existe une relation inverse entre la mortalité périnatale et la durée du traitement du diabète au cours de la grossesse. La revue souligne les difficultés rencontrées dans les essais de contrôle visant à évaluer l'efficacité thérapeutique.

Stone DB:
A study of the incidence and causes of poor control in patients with diabetes mellitus.
Am J Med Sci 436-442, 1961

Étude des difficultés liées au traitement efficace de l'affection et détermination des secteurs où les malades ne suivent pas le programme recommandé. Même si cette étude a été faite il y a 17 ans, les résultats sont encore valables aujourd'hui.

University Group Diabetes Program:
A study of the effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult-onset diabetes. V. Evaluation of phenformin therapy.
Diabetes 24 (suppl 1): 65-184, 1975

Évaluation de l'efficacité de divers régimes thérapeutiques dans la prévention de manifestations vasculaires et autres liées au diabète de l'adulte. On a découvert que l'incidence des décès par suite d'insuffisance cardiaque augmentait chez les diabétiques traités aux agents hypoglycémiques oraux. Il est malheureux qu'en dépit de l'importance des groupes étudiés, on s'interroge sur la validité du lien qui existe entre deux affections répandues. De plus, il est évident que le traitement du diabète s'est révélé inefficace au moment de contrôler l'hyperglycémie dans tous les groupes de traitement, ce qui a compliqué l'évaluation de l'avantage d'un tel traitement.

West KM, Kalbfleish JM:
Influence of nutritional factors on prevalence of diabetes.
Diabetes 20: 99-108, 1971

Vingt experts ont précisé les critères qu'ils utilisaient pour établir le diagnostic du diabète. On a constaté que leur opinion différait beaucoup au moment de se prononcer sur les méthodes valables et d'interpréter les résultats.

62. Incompatibilité sanguine foeto-maternelle

Queenan JT:
Modern management of the Rh problem.
Harper, 1967

Livre qui, même s'il date un peu, traite de la prise en main de la mère immunisée contre les antigènes Rh, de l'identification de la malade, de l'analyse des anticorps et de l'amniocentèse.

Weinstein L.
Irregular antibodies causing hemolytic disease of the newborn.
Obstet Gynecol Surv 31: 581-591, 1976

Revue des antigènes du groupe sanguin qui ne sont pas ceux du système Rh. Un dépistage périodique des anticorps irréguliers avant la naissance met le médecin en garde contre des troubles possibles associés à la maladie hémolytique et laisse au laboratoire le temps de découvrir les donneurs acceptables afin qu'il soit possible de diminuer la morbidité et la mortalité liées à la maladie hémolytique du nouveau-né.

Zipursky A:
Hemolytic disease of the newborn. In hematology of infancy and childhood. (Eds Nathan Dg, Oski Fa).
Saunders, 280-314, 1974

Description de la maladie hémolytique du nouveau-né, de son incidence, de son tableau clinique, de son traitement, de ses répercussions et de l'importance d'un dépistage précoce.

Zipursky A:
Rh hemolytic disease of the newborn — the disease eradicated by immunology.
Clin Obstet Gynecol 20: 759-772, 1977

Article traitant de la prévention de la maladie hémolytique du nouveau-né liée au facteur Rh, de l'état actuel de protection des femmes enceintes et de l'efficacité des programmes existants. Les principales difficultés résident dans l'identification des sujets particulièrement exposés et la prestation du traitement approprié.

63. Grossesse non désirée chez les adolescentes

Currie JB, Jekel JF, Klerman LV:
Subsequent pregnancies among teenage mothers enrolled in a special program.
Am J Public Health 62: 1606-1611, 1972

Discussions des difficultés méthodologiques générales liées à la mesure des taux de grossesse faisant suite à des avortements et illustration d'une méthode fondée sur les tables de survie.

Daling JR, Emanuel I:
Induced abortion and subsequent outcome of pregnancy. A matched cohort study.
Lancet 2: 170-172, 1975

Étude des effets d'un avortement sur une grossesse ultérieure, menée auprès d'un échantillon de 26 000 naissances à Taiwan. On a découvert des rapports importants entre l'avortement et les grossesses subséquentes. Toutefois, en corrigeant les résultats pour les «caractéristiques propres à la mère» à l'aide d'une étude de cohorte par paires couplées, toutes les relations sont disparues.

Jekel JF, Harrison JT, Bancroft DRE et al.:
A comparison of the health of index and subsequent babies born to school age mothers.
An J PUblic Health 65: 370-374, 1975

Discussion des résultats d'une étude d'évaluation prospective portant sur cinq années d'un vaste programme destiné aux mères d'âge scolaire et préconisant l'intégration du service d'obstétrique aux autres services. Le programme semblait avoir un effet positif sur l'issue de la grossesse lorsque la mère participait. Pour ses autres grossesses, la mère qui ne participait au programme courait un plus grand risque obstétrique. Il faudrait donc déployer de plus grands efforts pour fournir des soins aux jeunes mères qui en sont à leur deuxième ou à leur troisième grossesse, car ces programmes spéciaux n'ont pas d'effets durables.

Mcanarney ER, Roghmann KJ, Adams BN et al.:
Obstetric, neonatal and psychosocial outcome of pregnant adolescents.
Pediatrics 61: 199-205, 1978

Évaluation de trois cliniques spéciales fournissant des services semblables aux adolescentes enceintes mais le personnel de l'une d'entre elle («RAMP») faisait plus de visites et fournissait plus de services psychosociaux. On n'a pas décelé de différences entre les résultats obstétriques et néo-natals obtenus pour les mères et leur enfant. Cependant, il y eut moins de grossesses et de naissances vivantes subséquentes chez le groupe RAMP.

Tietze C, Bongaarts J, Scheaper B:
Mortality associated with control of fertility.
Fam Plann Perspect 8: 6-14, 1976

Estimation des risques de mortalité, à un âge donné et toute la vie durant, liés à l'utilisation du contrôle de la fécondité et comparaison du risque de procréer par rapport à l'absence de régulation des naissances. Les taux de mortalité associés aux principales méthodes réversibles de contrôle, seules ou combinées, étaient bas comparativement aux décès résultant d'une grossesse et de la naissance d'un enfant lorsqu'aucune méthode de contrôle n'avait été utilisée. La pilule comporte plus de risques après 40 ans.

66. Bactériurie en période de grossesse

Kincaid-Smith P, Bullen M:
Bacteriuria in Pregnancy.
Lancet 1: 395-399, 1965

La prématurité (poids du foetus inférieur à 2500 g), la perte du foetus de l'éclampsie étaient plus fréquents chez le groupe de femmes présentant une bactériurie que chez le groupe témoin. Toutefois, une étude à double insu ne pouvait démontrer d'amélioration lorsque la bactériurie avait été traitée, voire éliminée. La pyélographie intraveineuse après l'accouchement révélait un taux plus élevé d'anomalies radiologiques. Les taux d'urée sanguine étaient élevés aussi. On a conclu que la bactériurie en période de grossesse était une manifestation courante de la rénopathie chronique et que cette affection était responsable d'une incidence plus élevée de prématurité.

Savage WE, Hajj SN, Kass EH:
Demographic and prognostic characteristics of bacteriuria in pregnancy.
Medicine 46: 385-407, 1967

Revue de l'évolution du concept de la bactériurie en période de grossesse et présentation des données épidémiologiques, cliniques et bactériologiques d'une étude menée auprès de plus de 6000 femmes enceintes. De ces femmes, 6 p. 100 accusaient une bactériurie. Les risques de prématurité et de mortalité périnatale sont plus élevés chez les mères qui présentent une bactériurie.

Zinner SH, Kass EH:
Long-term (10 to 14 years) follow-up bacteriuria of pregnancy.
N Engl J Med 285: 820-824, 1971

Résultats d'une étude conçue pour déceler les effets à long terme de la bactériurie sur la structure et la fonction rénales et menée auprès d'un groupe de 303 femmes qui s'étaient soumises à une étude 10 à 14 ans plus tôt et qui ont été réparties en trois groupes selon qu'elles avaient été traitées aux sulfonamides, qu'elles avaient reçu un placebo ou qu'elles ne souffraient pas de bactériurie (groupe témoin). Même si la pyélonéphrite chronique ou l'insuffisance rénale n'apparaissaient pas chez toutes les femmes enceintes présentant une bactériurie, ces dernières étaient plus exposées à une atteinte rénale en présence d'une bactériurie récidivante ou rebelle; même si le microorganisme est éliminé au cours d'un épisode de bactériurie en période de grossesse, elles courent autant le risque de présenter la même affection lors d'un examen de contrôle ultérieur 10 à 14 ans plus tard. Il est possible qu'une surveillance beaucoup plus longue de l'affection s'impose.

67. Caries dentaires

Anderson DL:
Significance of surface size of intra-oral carcinoma.
J Can Dent Assoc 32: 212-223, 1966

Voir cancer de la cavité buccale (57).

Davies GN:
Fluoride in the prevention of dental caries. A tentative cost-benefit analysis.
Br Dent J 135: 131-134, 173-174, 233-235, 293-297 and 333-336, 1973

Revue en cinq parties d'analyses coût-rendement ou coût-avantages de la fluoruration et du traitement en milieu scolaire, sous forme de comprimés ou d'applications locales.

Mandel ID:
Effects of dietary modifications on caries in humans.
J Dent Res 49: 1201-1211, 1970

Examen des connaissances actuelles sur la relation qui existe entre l'alimentation et les caries, en accordant une attention spéciale: 1) à la comparaison de la consommation d'aliments provenant de groupes à forte ou faible teneur en calories, 2) à l'effet d'une augmentation de l'apport en hydrates de carbone, 3) aux répercussions d'une diminution de l'apport en hydrates de carbone etc, 4) à l'effet de suppléments vitaminés et minéraux. On ne sait pas encore comment prévenir les caries, car elles constituent vraiment une affection complexe.

McHugh WD:
Prevention in dental public health. In dental public health. An introduction to community dentistry. (Eds Slack GL, Burt Ba).
Wright, 10-44, 1974

Examen étendu des preuves disponibles sur les méthodes préventives. L'article porte sur certaines affections dentaires évitables.

Sheiham A:
Is there a scientific basis for six-montly dental examinations?
Lancet 2: 442-444, 1977

Revue sérieuse des preuves justifiant les intervalles choisis d'examen dentaire qui insiste particulièrement sur la prévention de la carie dentaire. Elle ne prône pas des visites à tous les six mois, mais plutôt à des intervalles allant jusqu'à 18 mois pour les personnes de plus de 16 ans.

Torell P, Ericsson Y:
The value in caries prevention of methods for applying fluorides topically to the teeth.
Int Dent J 17: 564-581, 1967

Examen des articles sur le sujet menant à la conclusion que l'application de fluorure, le rinçage ou le brossage des dents avec des solutions de fluorure et l'utilisation de dentifrice au fluorure sont efficaces contre la carie. Cet effet est toutefois proportionnel à la fréquence des applications.

68. Troubles orthodontiques

Summers CJ:
The occlusal index: a system for identifying and scoring occlusal disorders.
Am J Orthodontol 59: 552-567, 1971

Mise au point d'un indice d'occlusion qui cote neuf caractéristiques, dont l'âge dentaire, la surocclusion, la relation molaire et le déplacement des dents. Le but de cet indice est d'uniformiser les méthodes de cotation afin de comparer les études effectuées par différents chercheurs, d'éliminer une double cotation et peut-être de classer subjectivement des mesures objectives.

Thompson GW, Popovich F:
A longitudinal evaluation of the Burlington growth centre data.
J Dent Res 56: C72-C78, 1977

Présentation des résultats de certains projets de recherche dans les domaines de l'épidémiologie, de la croissance crâniofaciale et du traitement orthodontique, fondés sur les données recueillies par le centre de croissance de Burlington au cours des 25 dernières années. Par exemple, 48,8 p. 100 des enfants faisant l'objet de l'étude avaient un diastème de 0,5 mm ou plus avant l'âge de 9 ans. Cependant, à l'âge de 16 ans, seulement 9,4 p. 100 avaient un diastème. La succion du pouce s'est révélée liée à une augmentation importante de la malocclusion

69. Parodontite

McHugh WD:
Prevention in dental public health. In dental public health. An introduction to community dentistry. (EDS slack GL, Burt BA).
Wright, 1974, 10-44

Voir caries dentaires (67).

Ramfjord SP:
Indices for prevalence and incidence of periodontal disease.
J Periodontol 30: 51-59, 1959

Mise au point d'un indice de la gravité des affections parodontales et connexes permettant une évaluation statistique adéquate. Les huit objectifs de tout système de cotation qui se veut un indice d'une affection parodontale servent à l'évaluation des systèmes élaborés auparavant et de base de discussion.

Suomi JD:
Prevention and control of periodontal disease.
J Am Dent Assoc 83: 1271-1287, 1971

Article touchant aux divers aspects des facteurs étiologiques possibles de la parodontolyse. Différentes études épidémiologiques publiées ont indiqué qu'il y avait un lien étroit entre le taux élevé et la gravité de la parodontolyse et l'accumulation de plaque, débris et tartre. Une meilleure hygiène buccale réduit la gingivite et le déchaussement des gencives. Il est possible que les carences nutritives, les affections généralisées, l'occlusion traumatique, le stress diabétique, les troubles mentaux, l'hérédité et l'hypersensibilité bactérienne (allergies) prédisposent à la parodontolyse.

70. Accidents de véhicules automobiles

Brown ID, Tickner AH, Simmonds DC:
Effects of prolonged driving upon driving skill and performance of a subsidiary task.
Ind Med Surg 35: 760-765, 1966

Dans ces conditions expérimentales, il a été découvert que le fait de conduire sans arrêt pendant 12 heures ne nuisait presque pas aux qualités perceptuelles et motrices nécessaires à la conduite d'un véhicule.

Hossack D, Brown G:
The hard facts of the influence of alcohol on serious road accident casualties.
Med J Aust 2: 473-479, 1974

En Australie, l'alcool est à l'origine de 40 à 50 p. 100 des accidents mortels et des blessures graves invalidantes causées par les accidents d'auto. D'autres pays industrialisés connaissent des pourcentages semblables. Il est donc nécessaire de convaincre le public que des mesures de redressement s'imposent.

Korcok M:
Conferences view auto deaths: the neglected disease.
Can Med Assoc J 111: 847-849, 1974

Rapport de deux conférences sur les décès attribuables aux accidents de véhicules automobiles, sur la consommation abusive d'alcool et de drogues et sur l'omission de porter la ceinture de sécurité en tant que causes d'accidents et de décès.

Schelness A, Charles S:
Children as passengers in automobiles: the neglected minority on the nations highways.
Pediatrics 56: 271-284, 1975

Critique des différents moyens d'immobiliser l'enfant en voiture. L'importance du rôle du pédiatre en tant que conseiller visant à modifier les habitudes et le mode de vie du sujet, lorsque ceux-ci représentent des risques possibles pour la santé de l'enfant. Les parents semblent être plus réceptifs à de nouvelles idées avant et immédiatement après la naissance d'un enfant.

Waller JA:
Alcohol and traffic accidents: can the Gordian knot be broken?
Traffic safety Res Rev 10: 14-21, 1966

Plusieurs études utilisant des techniques adéquates de recherche ont montré qu'il y avait une relation définie entre un taux élevé d'alcool dans le sang, une diminution de la capacité de conduire et les accidents de la route impliquant des véhicules seuls ou des véhicules et des piétons. Un ensemble de plus en plus grand de données porte à penser que les personnes aux prises avec un alcoolisme chronique peuvent jouer un rôle beaucoup plus grand dans le nombre des accidents de la circulation qu'on ne le croyait auparavant. La mauvaise formation des conducteurs, le piètre état des véhicules, la conception et la construction des routes qui laissent à désirer et l'insuffisance des premiers soins s'ajoutent aux effets de la conduite en état d'ébriété.

Waller JA:
Chronic medical conditions and traffic safety. A review of the California experience.
N Engl J Med 273: 1413-1420, 1965

Étude menée auprès des conducteurs dont l'état de santé était connu du bureau des véhicules, ayant pour but de vérifier s'il est vrai que certaines affections représentent un handicap, donc un danger, pour le conducteur. Les conducteurs qui souffrent de diabète, d'épilepsie, de maladies cardiovasculaires, d'alcoolisme et de troubles mentaux avaient, en moyenne, deux fois plus d'accidents par 1 000 000 milles de conduite que des conducteurs d'un groupe comparaison dont l'âge avait été corrigé. L'accent qu'on mettait autrefois sur l'épilepsie comme étant le principal handicap médical semble être dépassé et parait avoir été le fruit d'un raisonnement trop simpliste. Étant donné le net parti-pris de cette étude, des travaux plus poussés sont nécessaires en ce qui a trait aux conducteurs non déclarés.

72. Scoliose

Lonstein JE:
Screening for spinal deformities in Minnesota schools.
Clin Orthop 126: 33-43, 1977

Article traitant d'un programme de dépistage utilisant l'épreuve de fléchissement du tronc vers l'avant. Le signe du début de la scoliose qui se révèle le plus significatif est la gibbosité qui apparait à la rotation du tronc lorsqu'il est fléchi en avant. À sa découverte, on la faisait suivre d'un cliché. Au cours de la première année, des 4543 enfants ayant fait l'objet d'un dépistage, 3,7 p. 100 ont été adressés à un médecin afin qu'il juge leur état et suive l'évolution des difformités. L'affection était répartie également chez les garçons et les filles.

75. Ulcère gastro-duodénal

Anderson WE, Ullrich IH (EDS):
The therapy of peptic ulcer disease W VA MED J 74: 57-61, 1978

Examen des connaissances actuelles sur les ulcères du duodénum et de l'estomac, en insistant spécialement sur l'utilisation de la cimétidine en tant qu'agent thérapeutique.

Peterson WL, Sturdevant RAL, Franki HD et al.:
Heating of duodenal ulcer with an antacid regimen.
N Engl J Med 297: 341-345, 1977

Essai clinique, à double insu sur l'efficacité d'un traitement antiacide liquide à fortes doses (hydroxydes de magnésium et d'aluminium) dans le traitement des ulcères duodénaux. Au nombre des 36 malades qui ont reçu des antiacides pour leur ulcère, 28 ont guéri complètement, comparativement à 17 des 38 personnes qui recevaient des placebos. Le nombre de comprimés d'antiacide pris pour soulager la douleur était plus élevé dans le groupe qui recevait les placebos; les sujets de ce groupe qui en ont pris le plus grand nombre n'ont toutefois pas présenté un taux plus élevé de guérison. La douleur et la guérison n'étaient pas liées. L'usage du tabac avaient un effet néfaste sur la guérison dans le groupe qui recevait les placebos, mais il n'avait pas d'effet sur le groupe qui recevait des antiacides. Des antiacides à forte dose étaient efficaces dans la guérison des ulcères duodénaux.

76. Cholélithiase

Baker HL, Hodgson JR:
Further studies on the accuracy of oral cholecystography.
Radiology 74: 239-245, 1960

Étude sur le degré de précision de la méthode à l'acide iopanoïque (Telepaque) dans laquelle tous les diagnostics (1207 cholécystogrammes) ont fait l'objet de vérifications chirurgicales et pathologiques. On a découvert que 1,9 p. 100 des diagnostics était erroné. Les diagnostics de «fonction normale de la vésicule biliaire» étaient justes dans 98,3 p. 100 des cas. Toutes les vésicules biliaires pour lesquelles on avait posé le diagnostic de «fonction ralentie» étaient atteintes. Par contre, 97,8 p. 100 des vésicules biliaires pour lesquelles on avait posé un diagnostic de «fonction arrêtée» étaient normales. Des calculs ont été découverts chez 98 p. 100 des cas dont le diagnostic préopératoire avait été celui de la cholélithiase.

Dowling RH:
Chenodeoxycholid acid therapy of gallstones.
Clin Gastroenterol 6: 141-163, 1977

Discussion pour déterminer à quels malades s'adresse le traitement à l'acide chénodésoxycholique, le protocole de traitement, les effets secondaires et le mode d'action du médicament.

Friedman DG, Kannel WB, Dawber TR:
The epidemiology of gallbladder disease: observations in the Framingham study.
J Chronic Dis 19: 273-92, 1966

Vaste étude des caractéristiques personnelles afin d'obtenir des indices des facteurs étiologiques possibles. L'incidence de la cholécystite était à peu près deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes et elle a augmenté avec l'âge chez les deux sexes en même temps que l'augmentation du poids et du nombre de grossesses. Il n'y avait pas de relation entre l'affection et le taux de cholestérol sérique ou les taux d'hémoglobines.

Iser JH, Dowling RH, Mok HYI et al.:
Chenodeoxycholic acid treatment of gallstones. A follow-up report and analyses of factors influencing response to therapy.
N Engl J Med 293: 378-383, 1975

Rapport sur 70 malades ayant des calculs biliaires et traités à l'acide chénodésoxycholique. Il est recommandé que le traitement à l'acide chénodésoxycholique soit limité aux malades ayant des calculs biliaires moyennement opaques à la radiographie et dont la vésicule biliaire fonctionne et qu'il soit accompagné d'une surveillance attentive de la fonction hépatique et de l'évaluation de la structure hépatique. De petits calculs biliaires moyennement opaques devraient se dissoudre partiellement ou complètement en moins de 12 mois, des calculs moyens ou gros devraient présenter des signes de dissolution au cours des 2 ans qui suivent.

77. Malaises associés à la retraite

Havighurst RJ:
Personality and patterns of aging.
Gerontologist 8 (2, Part II): 20-23, 1968

Article revoyant brièvement les deux théories d'un vieillissement harmonieux: la théorie de l'activité et la théorie du détachement. Ces deux théories ont été vérifiées empiriquement à l'aide des données de l'étude de Kansas City sur la vie de l'adulte. Des trois dimensions étudiées (activité, satisfaction et personnalité), il semble que la personnalité ait été l'aspect essentiel dans la description des types de vieillissement et la prédiction des relations entre le niveau d'activité et la satisfaction face à la vie. Comme aucune théorie ne tient compte de la personnalité, on conclut qu'aucune n'est satisfaisante.

McMahan CA, Ford TR:
Surviving the first five years of retirement.
J Gerontol 10: 212-215, 1955

Pour vérifier la «théorie de l'impact de la retraite», ces auteurs ont examiné les fiches médicales d'un vaste échantillon d'officiers retraités de l'armée et de l'aviation. Ils ont évalué les effets du passage de la vie active à la retraite sur la mortalité et découvert que leurs données ne corroboraient pas cette théorie. Ils ont conclu que la retraite n'altérait pas la santé et qu'elle ne hâtait pas la mort non plus.

Pfeiffer E, Davis GC:
The use of leisure time in middle life.
Gerontologist 11: 187-195, 1971

Analyse des activités des gens durant leurs loisirs et de la satisfaction qu'ils en retirent. Les résultats portent à penser que la société nord-américaine est grandement orientée vers le travail et que les gens qui prennent leur retraite ne sont pas préparés à utiliser beaucoup de temps libre de façon productive. Une solution serait de les éduquer ou d'instaurer une politique de régime de retraite souple.

Thomson GB:
Work versus leisure roles: an investigation of morale among employed and retired men.
J Gerontol 28: 339-344, 1973

Enquête portant sur l'impact sociopsychologique de la retraite sur les hommes de 65 ans et plus qui ne sont pas en établissement. Le concept fondamental sousjacent était que l'homme acquérait principalement son statut social et tirait son identité de son travail. La perte de son statut de travailleur a donc des conséquences néfastes du point de vue de l'adaptation psychologique. On a découvert chez eux un moral plus bas, mais on a conclu qu'il pouvait s'expliquer par une moins bonne santé, un revenu inférieur, un âge plus avancé et non simplement par la retraite.

78. Incapacité progressive liée à l'âge

Anderson F:
The effect of screening on the quality of life after seventy.
J R Coll Phusicians 10: 161-169, 1976

La documentation actuelle présume que les personnes âgées acceptent la maladie comme étant la conséquence du vieillissement. Leurs troubles de santé ne sont, de ce fait, pas décelés à un stade précoce. Un programme de dépistage composé de visites à domicile devrait être instauré.

Barber JH, Wallis JB:
Assessment of the elderly in general practice.
J R Coll Gen Pract 26: 106-114, 1976

Présentation et discussion d'un mode d'évaluation de l'état de santé des personnes âgées par l'entremise d'un membre du personnel infirmier au cours d'une visite à domicile. L'avantage de ce système serait que le dépistage et l'évaluation pourraient être continus et que la compétence du personnel infirmier visiteur, de celui du district et du médecin serait utilisée de façon optimale. Il y aurait, par surcroît, collecte fréquente d'information sur laquelle les responsables de la planification des services gériatriques pourraient se pencher.

Lowther CP, MacLeod RDM, Williamson J:
Evaluation of early diagnostic services for the elderly.
Br Med J 3: 275-277, 1970

L'examen consécutif de 300 malades dans deux cliniques de «diagnostic précoce», s'adressant à un groupe de personnes âgées particulièrement exposées, a révélé que les deux tiers souffraient d'affections importantes et présentaient, pour la plupart, une impotence fonctionnelle. La proportion des 300 malades qu'un diagnostic précoce avait permis d'aider, 18 à 30 mois plus tard était de 23 p. 100. L'examen médical périodique destiné à un groupe particulièrement exposé est avantageux pour les personnes âgées et constitue une forme de pratique médicale qui devrait être répandue.

BIBLIOGRAPHIE DÉTAILLÉE

01. Détresse respiratoire du nouveau-né

Abramovici H, Brandes JM, Fuchs K et al.:
Meconium during delivery: a sign of compensated fetal distress.
Am J Obstet Gynecol 118: 251-255, 1974

Ahvenainen EK, Veistola T:
Evaluation of the newborn infant.
Ann Paediatr Fenniae 5: 27-32, 1959

Allen AC:
Intrauterine failure to thrive, in *Brennemann's Practice of Pediatrics*. Vol 1. (ed Kelley VC).
Harper, 1973, ch 87

Anand SK, Northway JD, Smith JA:
Neonatal renal papillary and cortical necrosis.
Am J Dis Child 131: 773-777, 1977

Apgar V:
Proposal for a new method of evaluation of newborn infant.
Anesth Analg 32: 260-267, 1953

Apgar V, James LS:
Further observations on the newborn scoring system.
Am J Dis Child 104: 419-428, 1962

Aubry RH, Nesbitt RE:
High-risk obstetrics. I. Perinatal outcome in relation to a broadened approach to obstetric care for patients at special risk.
Am J Obstet Gynecol 105: 241-247, 1969

Auld PA, Rudolph Aj, Avery ME et al.:
Responsiveness and resuscitation of the newborn.
Am J Dis Child 101: 713-724, 1961

Avery ME, Fletcher BD:
The Lung and its disorders in the Newborn Infant. (3rd ed). (Major Problems in Clinical Pediatrics Series, vol 1).
Saunders, 1974

Bailey CJ:
Interrelationship of asphyxia neonatorum, cerebral palsy and mental retardation: Present status of the problem, in *Neurological and Psychological Deficits of Asphyxia Neonatorum*. (eds Windle WF, Hinman EH, Bailey P).
Thomas, 1958, pp 5-30

Barham KA:
The use of amnioscopy in the detection of meconium.
Aust NZ J Obstet Gynecol 8: 9-16, 1968

Beard RW, Morris ED, Clayton SG:
Ph of fetal capillary blood as an indicator of the condition of the fetus.
J. Obstet Gynaecol Br Comm 74: 812-822, 1967

Beischer NA, Brown JB:
Current status of estrogen assays in obstetrics and gynecology. Part 2. Estrogen assays in late pregnancy.
Obstet Gynecol Surv 27: 303-343, 1972

Beischer NA, Drew JH, Kenny JM et al.:
The effect of rest and intravenous infusion of hypertonic dextrose on subnormal estriol excretion in pregnancy.
Clin Perinatol 1: 253-272, 1974

Benson RC, Berendes H, Weiss W:
Fetal compromise during elective cesarean section. II. A report from the collaborative project.
Am J Obstet Gynecol 105: 579-588, 1969

Benson RC, Shubeck F, Deutschberger J et al.:
Fetal heart rate as a predictor of fetal distress.
Obstet Gynecol 32: 259-266, 1968

Berendes HW:
Fetal distress: Its significance in neurological and mental impairement of childhood, in *Perinatal Factors Affecting Human Development*. Pan am health org, Scientific publ no 185, 1969, pp 228-233

Boddy K:
Fetal circulation and breathing movements, *in Fetal Physiology and Medicine*.
(eds Beard RW, Nathanielsz PW).
Saunders, 1976, pp 302-328

Borgstedt AD, Mortimer GR, Chik L:
Fetal electroencephalography: Relationship to neonatal and one-year developmental neurological examinations in high-risk infants.
Am J Dis Child 129: 35-38, 1975

Brock DJ:
Alpha-fetoprotein and the prenatal diagnosis of central nervous system disorders. A review.
Childs Brain 2: 1-23, 1976

Brock DJ, Barron L, Jelen P:
Maternal serum-alpha-fetoprotein measurements as an early indication of low birth weight.
Lancet 2: 267-268, 1977

Brown JB:
The value of plasma estrogen estimations in the management of pregnancy.
Clin Perinatol 1: 273-291, 1974

Brown JK, Purvis RJ, Forfar JO et al.:
Neurological aspects of perinatal asphyxia.
Dev Med Child Neurol 16: 567-580, 1974

Campbell S:
The assessment of fetal development by diagnostic ultrasound.
Clin Perinatol 1: 507-525, 1974

Campbell S, Kurjak A:
A comparison between urinary oestrogen assay and serial ultrasonic cephalometry in assessment of fetal growth retardation.
Br Med J 4: 336-340, 1972

Campbell S, Thomas A:
Ultrasound measurement of the fetal head to abdomen circumference ratio in the assessment of growth retardation.
Br J Obstet Gynaecol 84: 165-174, 1977

Campbell S, Wilkin D:
Ultrasonic measurement of fetal abdomen circumference in the estimation of fetal weight.
Br J Obstet Gynaecol 82: 689-697, 1975

Campbell S, Wladimiroff JW, Dewhurst CJ:
The antenatal measurement of fetal urine production.
J Obstet Gynaecol Br Comm 80: 680-686, 1973

Cavanagh D, Comas MR:
Fetal hypoxia and birth injuries, in *Obstetrics and Gynecology*. (3rd ed). (ed Danforth DN).
Harper, 1977, pp 781-789

Chan WH, Paul RH, Toews J:
Intrapartum fetal monitoring, maternal and fetal morbidity and perinatal mortality.
Obstet Gynecol 41: 7-13, 1973

Cohen WR, Schifrin BS, Doctor G:
Elevation of the fetal presenting part: A method of intrauterine resuscitation.
Am J Obstet Gynecol 123: 646-649, 1975

Colburn DW, Salzman M:
The apgar scoring system in evaluation of the newborn infant.
NY State J Med 60: 246-249, 1960

Colon-Morales MA:
A self-supporting device for continuous left uterine displacement during cesarean section.
Anesth Analg (Cleve) 49: 223-224, 1970

Crawford JS, Davies P, Pearson JF:
Significance of the individual components of the agpar score.
Br J Anaesth 45: 148-158, 1973

Cross KW:
Resuscitation of the asphyxiated infant.
Br Med Bull 22: 73-78, 1966

Dauber IM, Krauss AN, Symchych PS et al.:
Renal failure following perinatal anoxia.
J Pediatr 88: 851-855, 1976

Davison JM, Lind T, Farr V et al.:
The limitations of ultrasonic fetal cephalometry.
J Obstet Gynaecol Br Comm 80: 769-775, 1973

Dawes GS:
Foetal and neonatal physiology.
Year Book Med Publ, 1968

Downing JW, Coleman AJ, Mahomedy MC et al.:
Lateral table tilt for caesarean section.
Anaesthesia 29: 696-703, 1974

Drage JS, Kennedy C, Berendes H et al.:
The agpar score as an index of infant morbidity. A report from the collaborative study of cerebral palsy.
Dev Med Child Neurol 8: 141-148, 1969

Drage JS, Kennedy C, Schwarz BK:
The agpar score as an index of neonatal mortality. A report from the collaborative study of cerebral palsy.
Obstet Gynecol 24: 222-230, 1964

Dulock HI, Herron M:
Women's response to fetal monitoring.
JOGN Nursing (suppl) 5: 68S-70S, 1976

Dunn LJ:
Cesarean section and other obstetric operations, in *Obstetrics and Gynecology*, (3rd ed). (ed Danforth DN).
Harper, 1977, pp 691-707

Dweck HS, Huggins W, Dorman LP et al.:
Developmental sequelae in infants having suffered severe perinatal asphyxia.
Am J Obstet Gynecol 119: 811-815, 1974

Edington PT, Sieanda J, Beard RW:
Influence on clinical practice of routine intrapartum fetal monitoring.
Br Med J 3: 341-343, 1975

Effer SB:
Management of high-risk pregnancy: report of a combined obstetrical and neonatal intensive care unit.
Can Med Assoc J 101: 389-397, 1969

England P, Lorrimer D, Ferguson LC et al.:
Human placental lactogen: the watchdog of fetal distress.
Lancet 1: 5-7, 1974

Feldman W, Drummond KN, Klein M:
Hyponatremia following asphyxia neonatorum.
Acta Paediatr Scand 59: 52-57, 1970

Fitzhardinge PM:
Complications of asphyxia and their therapy, in *Intrauterine Asphyxia and the Developing Fetal Brain*. (ed Gluck L).
Year Book Med Publ, 1977, pp 285-292

Fraser MS, Wilks J:
The residual effects of neonatal asphyxia.
J Obstet Gynaecol Br Comm 66: 748-752, 1959

Freeman RK:
The clinical value of antepartum fetal heart rate monitoring, in *Modern Perinatal Medicine*. (ed Gluck L).
Year Book Med Publ, 1974, pp 163-177

Freeman RK:
The use of the oxytocin challenge test for antepartum clinical evaluation of uteroplacental respiratory function.
Am J Obstet Gynecol 121: 481-489, 1975

Gare DJ, Shime J, Paul WM et al.:
Oxygen administration during labor.
Am J Obstet Gynecol 105: 954-961, 1969

Goldberg RN, Cabal LA, Hodgman JE:
Hyperammonemia associated with severe perinatal asphyxia. (abstr).
Pediatr Res 11: 514, 1977

Goodlin RC:
Intrapartum fetal heart rate responses and plethysmographic pulse.
Am J Obstet Gynecol 110: 210-226, 1971

• Goodwin JW, Dunne JT, Thomas BW:
Antepartum identification of the fetus at risk.
Can Med Assoc J 101 (Oct 18): 458-464, 1969

Greene JWJR:
Estriols, in *Modern Perinatal Medicine*. (ed Gluck L).
Year Book Med Publ, 1974, pp 157-162

Greenhill JP, Friedman EA:
Biological Principles and Modern Practice of Obstetrics.
Saunders, 1974

Gregory GA, Gooding CA, Phibbs RH et al.:
Meconium aspiration in infants – A prospective study.
J Pediatr 85: 848-852, 1974

Grennert L, Persson PH, Gennser G et al.:
Ultrasound and human placental-lactogen screening for early detection of twin pregnancies.
Lancet 1: 4-6, 1976

Griffiths AD:
Association of hypoglycaemia with symptoms in the newborn.
Arch Dis Child 43: 688-694, 1968

Haverkamp A., Thompson HE, McFee JG et al.:
The evaluation of continuous fetal heart-rate monitoring in high-risk pregnancy.
Am J Obstet Gynecol 125: 310-320, 1976

Hey E:
Resuscitation at birth.
Br J Anaesth 49: 25-33, 1977

• Hobel CJ:
Recognition of the high-risk pregnant woman, in *Management of the High-risk pregnancy*. (ed Spellacy WN).
Univ Park Press, 1976, pp 1-28

• Hobel CJ, Hyvarinen MA, Okada DM et al.:
Prenatal and intrapartum high-risk screening. I. Prediction of the high-risk neonate.
AM J Obstet Gynecol 117: 1-9, 1973

Hon EH:
Detection of asphyxia in utero-fetal heart rate, in *Intrauterine Asphyxia and the Developing Fetal Brain*.
(ed Gluck L).
Year Book Med Publ, 1977, pp 167-177

Hon Eh, Zannini D, Quilligan EJ:
The neonatal value of fetal monitoring.
Am J Obstet Gynecol 122: 508-519, 1975

Hull D:
Asphyxia neonatorum, in *Recent Advances in Paediatrics*. (4th ed). (eds Gairdner D, Hull D).
Churchill, 1971, pp 63-87

Hull D (Ed):
Recent Advances in Paediatrics. (5th Ed).
Churchill, 1976

Hull D, Segall MM:
Oxygen uptake during and after positive-pressure ventilation for the resuscitation of asphyxiated newborn infants.
Lancet 2: 1096-1099, 1966

James LS:
Emergencies in the delivery room, in *Neonatology, Diseases of the Fetus and Infant*. (ed Behrman RE).
Mosby, 1973, pp 50-69

James LS:
Fetal blood sampling.
Clin Perinatol 1: 141-147, 1974

James LS, Weisbrot IM, Prince CE et al.:
The acid-base status of human infants in relation to birth asphyxia and the onset of respiration.
J Pediatr 52: 379-394, 1958

Jeffrey RL, Bowes WA, Delaney JJ:
Role of bed rest in twin gestation.
Obstet Gynecol 53: 822-826, 1974

Kirschbaum TH:
Diagnosis of fetal distress. (Editorial).
Obstet Gynecol 34: 721-727, 1969

Kubli FW:
Influence of labor on fetal acid-base balance.
Clin Obstet Gynecol 11: 168-191, 1968

Kubli FW, Hon EH, Khazin AF et al.:
Observations on heart rate and ph in the human fetus during labor.
Am J Obstet Gynecol 104: 1190-1206, 1969

Larks SD, Larks GG:
Factors associated with birth condition.
Biol Neonate 20: 134-139, 1972

Lilienfeld AM, Pasamanick B:
The association of maternal and fetal factors with the development of cerebral palsy and epilepsy.
Am J Obstet Gynecol 70: 93-101, 1955

Lindberg BS, Nilsson BA:
Human placental lactogen levels in abnormal pregnancies.
J Obstet Gynaecol Br Comm 80: 1046-1053, 1973

Lucey JF:
Why we should regionalize perinatal care. (editorial).
Pediatrics 52: 488-491, 1973

Lumley J, Walker A, Morum J et al.:
Time: an important variable at caesarean section.
J Obstet Gynacecol Br Comm 77: 10-23, 1970

Manning FA:
Fetal breathing movements as a reflection of fetal status.
Postgrad Med 61: 116-122, 1977

Mauer SM, Nogrady MG:
Renal papillary and cortical necrosis in a newborn infant. Report of survivor with roentgenologic documentation.
J Pediatr 74: 750-754, 1969

McCrann DJ, Schifrin BS:
Fetal monitoring in high-risk pregnancy.
Clin Perinatol 1: 229-252, 1974

Mermut S, Katayama P. Del Castillo R et al.:
The effect of ultrasound on human chromosomes in vitro.
Obstet Gynecol 41: 4-6, 1973

Meschia G:
Transfer of oxygen across the placenta, in *Intrauterine Asphyxia and the Developing Fetal Brain.* (ed Gluck L).
Year Book Med Publ, 1977, pp 109-115

Miller FC, Sacks DA, Yeh S-Y et al.:
Significance of meconium during labor.
Am J Obstet Gynecol 122: 573-580, 1975

Modanlou H, Yeh S, Hon EH:
Fetal and neonatal acid-base balance in normal and high-risk pregnancies: during labor and the first hour of life.
Obstet Gynecol 43: 347-353, 1974

Modanlou H, Yeh S-Y, Hon EH:
Fetal and neonatal biochemistry and apgar scores.
Am J Obstet Gynecol 117: 942-951, 1973

Mueller-Heubach E:
Amnioscopy.
Clin Perinatol 1: 81-86, 1974

Mulligan JC, Painter MJ, O'Donoghue PA et al.:
Asphyxia neonatorum: a major cause of mortality and morbidity. (abstr).
Pediatr Res 11: 437, 1977

Myers RE:
Experimental models of perinatal brain damage: relevance to human pathology, *In Intrauterine Asphyxia and the Developing Fetal Brain.* (ed Gluck L).
Year Book Med Publ, 1977, pp 37-97

Neligan G, Prudham D, Steiner H:
The Formative Years: Birth, Family and Development in Newcastle-upon-Tyne.
Oxford Univ Press, 1974

Nesbitt RL, Aubry RH:
High-risk obstetrics. II. Value of semi objective grading system in identifying the vulnerable group.
Am J Obstet Gynecol 103: 972-985, 1969

Niswander KR, Friedman EA, Hoover DB et al.:
Fetal morbidity following potentially anoxigenic obstetric conditions. I. Abruptio Placentae.
Am J Obstet Gynecol 95: 838-845, 1966

Niswander KR, Friedman EA, Hoover DB et al.:
Fetal morbidity following potentially anoxigenic obstetric conditions. II. Placenta Previa.
Am J Obstet Gynecol 95: 846-852, 1966

Niswander KR, Friedman EA, Hoover DB et al.:
Fetal morbidity following potentially axonigenic obstetric conditions. III. Prolapse of the umbilical cord.
Am J Obstet Gynecol 95: 853-859, 1966

Niswander KR, Gordon M:
The Women and their Pregnancies. The collaborative perinatal study of the National Institute of Neurological Diseases and Stroke.
Saunders, 1972

Odell GB:
Therapeutic misadventures in neonatal care, in *Modern Perinatal Medicine.* (ed Gluck L).
Year Book Med Publ, 1964, pp 323-332

Oski FA, Naiman JL:
Hematologic Problems in the Newborn. (2nd ed). (*Major Problems in Clinical Pediatrics.* Vol. 4).
Saunders, 1972

Osofsky HJ:
Prenatal nutrition and infant development, in *Intrauterine Asphyxia and the Developing Fetal Brain.* (ed Gluck L).
Year Book Med Publ, 1977, pp 395-420

• Ott WJ:
The current status of intrapartum fetal monitoring.
Obstet Gynecol Surv 31: 339-364, 1976

Paul RH, Hon EH:
A clinical fetal monitor.
Obstet Gynecol 35: 161-169, 1970

Paul RH, Hon EH:
Clinical fetal monitoring, a survey of current usage.
Obstet Gynecol 37: 779-784, 1971

Paul RH, Huey JR, Yaeger CF:
Clinical fetal monitoring. Its effect on cesarean section rate and perinatal mortality: five year trends.
Postgrad Med 61: 160-166, 1977

Paul RH, Suidan AK, Yeh S-Y et al.:
Clinical fetal monitoring. VII. The evaluation and significance of intrapartum baseline FHR variability.
Am J Obstet Gynecol 123: 206-210, 1975

Pearson JF:
Maternal and fetal acid-base balance, in *Fetal Physiology and Medicine.* (eds Beard RW, Nathanielsz PW).
Saunders, 1976, 492-509

Pearson JF, Weaver JB:
Fetal activity and fetal wellbeing: an evaluation.
Br Med J 1: 1305-1307, 1976

Pedersen J, Molsted-Pedersen L, Andersen B:
Assessors of fetal perinatal mortality in diabetic pregnancy.
Analysis of 1 332 pregnancies in the Copenhagen series, 1946-1972.
Diabetes 23: 302-305, 1974

Perkins RP:
Antenatal assessment of fetal maturity. A review.
Obstet Gynecol Surv 29: 369-384, 1974

Powers WF:
Twin pregnancy, complications and treatment.
Obstet Gynecol 42: 795-808, 1973

Quilligan EJ, Paul RH:
Fetal monitoring: is it worth it?
Obstet Gynecol 45: 96-100, 1975

Ray M, Freeman R, Pine S et al.:
Clinical experience with the oxytocin challenge test.
Am J Obstet Gynecol 114: 1-9, 1972

Renou P, Chang A, Anderson I et al.:
Controlled trial of fetal intensive care.
Am J Obstet Gynecol 126: 470-476, 1976

Rey H, Bowe ET, James LS:
Impact of fetal heart rate monitoring and blood sampling on infant mortality and morbidity — on going study. (abstr).
Pediatr Res 8: 176, 1974

Robinson HP, Fleming JE:
A critical evaluation of sonar "crown-rump-length" measurements.
Br J Obstet Gynaecol 82: 702-710, 1975

Rochard F, Schifrin BS, Goupil F:
Nonstressed fetal heart rate monitoring in the antepartum period.
Am J Obstet Gynecol 126: 699-706, 1976

Romney SL, Gabel PV:
Maternal glucose loading in the management of fetal distress.
Am J Obstet Gynecol 96: 698-709, 1966

Roux JF, Yeni-Komshian H, Wilson R et al.:
Labor monitoring. A practical experience.
Obstet Gynecol 36: 875-880, 1970

Sadovsky E, Polishuk WZ:
Fetal movements in utero. Nature, assessment, prognostic value, timing of delivery.
Obstet Gynecol 50: 49-55, 1977

Sadovsky E, Yaffe H, Polishuk WZ:
Fetal movement monitoring in normal and pathologic pregnancy.
Int J Gynaecol Obstet 12: 75-79, 1974

Saling E:
Amnioscopy.
Clin Obstet Gynecol 9: 472-490, 1966

Scanlon JW:
Obstetric anesthesia as a neonatal risk factor in normal labor and delivery.
Clin Perinatol 1: 465-482, 1974

Schifrin BS:
Fetal heart rate patterns following epidural anaesthesia and oxytocin infusion during labour.
J Obstet Gynaecol Br Comm 79: 332-339, 1972

Schifrin BS, Dame L:
Fetal heart rate patterns. Prediction of apgar score.
JAMA 219: 1322-1325, 1972

Schumacher GFB, Schneider J (Co-ords):
Current problems in prophylactic treatment of rh-erythroblastosis.
An invitational symposium.
J Reprod Med 6: 232-255, 1971

Scott H:
Outcome of very severe birth asphyxia.
Arch Dis Child 51: 712-716, 1976

Scott KE, Usher R:
Fetal malnutrition: its incidence, causes and effects.
Am J Obstet Gynecol 94: 951-963, 1966

Seppala M:
The use of alpha fetoprotein in prenatal diagnosis.
Int J Gynaecol Obstet 14: 308-313, 1976

Seppala M, Ruoslahti E:
Alpha fetoprotein in maternal serum: a new marker for detection of fetal distress and intrauterine death.
Am J Obstet Gynecol 115: 48-52, 1973

Sexson WR, Sexon SB, Rawson JE et al.:
The multisystem involvement of the asphyxiated newborn. (abstr)
Pediatr Res 10: 432, 1976

Sheehan P, Barry PJ, O'Brien NG:
Resuscitation at birth and subsequent development to six years.
J Irish Med Assoc 70: 107-111, 1977

Sokol RJ, Rosen MG, Stojkov J et al.:
Clinical application of high-risk scoring on an obstetric service.
Am J Obstet Gynecol 128: 652-661, 1977

Spellacy WN, Buhi WC, Birk SA:
The effectiveness of human placental lactogen measurements as an adjunct in decreasing perinatal deaths. Results of a retrospective and a randomized controlled prospective study.
Am J Obstet Gynecol 121: 835-844, 1975

• Steiner H, Neligan G:
Perinatal cardiac arrest. Quality of the survivors.
Arch Dis Child 50: 696-702, 1975

Swyer PR, Goodwin JW (eds):
Regional Services in Reproductive Medicine.
Report of the Joint Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and the Canadian Paediatric Society, 1973

Thomas G:
The aetiology, characteristics and diagnostic relevance of late deceleration patterns in routine obstetric practice.
Br J Obstet Gynaecol 82: 121-125, 1975

Thomson AJ, Searle M, Russell G:
Quality of survival after severe birth asphyxia.
Arch Dis Child 52: 620-626, 1977

Thullen JD, Fanaroff AA, Makker SP:
Renal manifestations of perinatal asphyxia. (abstr).
Pediatr Res 9: 380, 1975

Tooley WH, Phibes RH, Schlueter MA:
Delivery room diagnosis and immediate management of asphyxia, in *Intrauterine Asphyxia and the Developing Fetal Brain.*
(ed Gluck L).
Year Book Med Publ, 1977, pp 251-261

Towell ME, Iker C, Germann E:
Intrapartum fetal monitoring (IPFM) in High-risk Pregnancy. (abstr no 235).
Ann R Coll Phys Surg Can 11: 81, 1978

Tsang RC, Chen I, Hayes W:
Neonatal hypocalcemia in infants with birth asphyxia.
J Pediatr 84: 428-433, 1974

Tushuizen PB, Stoot JEGM, Ubachs JMH:
Clinical experience in nonstressed antepartum cardiotocography.
Am J Obstet Gynecol 128: 507-513, 1977

Usher RH:
Clinical implications of perinatal mortality statistics.
Clin Obstet Gynecol 14: 885-925, 1971

Varma TR:
A comparison of serial cephalometry and maternal urinary oestrogen excretion in assessing fetal prognosis.
Aust NZ J Obstet Gynecol 13: 191-197, 1973

Wald N, Cuckle H, Stirrat GM et al:
Maternal serum-alpha-fetoprotein and low birth-weight.
Lancet 2: 268-270, 1977

Weekes AR, Menzies DN, De Boer CH:
The relative efficacy of bed rest, cervical suture and no treatment in the management of twin pregnancy.
Br J Obstet Gynaecol 84: 161-164, 1977

Weingold AB, Dejesus TPS, O'Keiffe J:
Oxytocin challenge test.
Am J Obstet Gynecol 123: 466-472, 1975

White P:
Pregnancy and diabetes, medical aspects.
Med Clin North Am 49: 1015-1024, 1965

Wood C, Newman W, Lumley J et al.:
Classification of fetal heart rate in relation to fetal scalp blood measurements and apgar score.
Am J Obstet Gynecol 105: 942-948, 1969

Wood C, NG KH, Hounslow D et al.:
The influence of differences of birth times upon fetal condition in normal deliveries.
J Obstet Gynaecol Br Comm 80: 289-294, 1973

Wood C, Ng KH, Hounslow D et al.:
Time — an important variable in normal delivery.
J Obstet Gynaecol Br Comm 80: 295-300, 1973

Wood C, Renou P:
Fetal heart rate monitoring, in *Fetal Physiology and Medicine.* (eds Beard RW, Nathanielsz PW).
Saunders, 1976, pp 454-475

02. Maladie hémorragique du nouveau-né

Alballi AJ:
Vitamin K and the newborn. (letter).
Lancet 1: 1358, 1978

Gobel U, Sonnenschein-Kosenow S, Petrich C et al.:
Vitamin-K deficiency in the newborn (letter)
Lancet 2: 187-188, 1977

• Mountain KR, Hirsh J, Gallus AS:
Neonatal coagulation defect due to anticonvulsant drug treatment in pregnancy.
Lancet 1: 265-268, 1970

Nathan DG, Oski FA (eds):
Hematology of Infancy and Childhood.
Saunders, 1974

Potter EL:
Effect on infant mortality of vitamin K administered during labor.
Am J Obstet Gynecol 50: 235-247, 1945

• Sutherland JM, Glueck HI, Gleser G:
Hemorrhagic disease of the newborn. Breast feeding as a necessary factor in the pathogenesis.
Am J Dis Child 113: 524-533, 1967

Van Doorm JM, Muller AD, Hemker HC:
Heparin-like inhibitor, not vitamin-K deficiency, in the newborn. (letter).
Lancet 1: 852-853, 1977

03. Syphilis congénitale

Darrow WW:
Changes in sexual behavior and venereal diseases.
Clin Obstet Gynecol 18: 255-267, 1975

Fenton LJ, Light IJ:
Congenital syphilis after maternal treatment with erythromycin.
Obstet Gynecol 47: 492-493, 1976

• Fiumara NJ:
Syphilis in newborn children.
Clin Obstet Gynecol 18: 183-189, 1975

• Harter CA, Benirschke K:
Fetal syphilis in the first trimester.
Am J Obstet Gynecol 124: 705-711, 1976

Ingraham NR, Burke MJ:
Correcting the reported incidence of congenital syphilis in Philadelphia.
Am J Public Health 46: 1309-1316, 1956

Lerner M, Anderson OW:
Health Progress in the United States, 1900-1960: A report of Health Information Foundation.
Univ Chicago Press, 1963

Miller JN:
Value and limitations of nontreponemal and treponemal tests in the laboratory diagnosis of syphilis.
Clin Obstet Gynecol 18: 191-203, 1975

The Center for Disease Control:
Syphilis — CDC recommended treatment schedules, 1976.
MMWR 25: 101-107, 1976

• Willcox RR:
International aspects of the venereal diseases and nonvenereal treponematoses.
Clin Obstet Gynecol 18: 207-222, 1975

04. Ophtalmie purulente (gonococcique) du nouveau-né

• Barsam PC:
Specific prophylaxis of gonorrheal ophthalmia neonatorum. A review.
N Engl J Med 274: 731-734, 1966

Crede:
Reports from the obstetrical clinic in Leipzig. Prevention of eye inflammation in the newborn.
Am J Dis Child 121: 3-4, 1971

Greenberg M, Vandow JE:
Ophthalmia neonatorum. Evaluation of different methods of prophylaxis in New York city.
Am J Public Health 51: 836-845, 1961

• Remington JS, Klein JO (eds):
Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant.
Saunders, 1976

Smith JA:
Ophthalmia Neonatorum in Glasgow.
Scott Med J 14: 272-276, 1969

• Snowe RJ, Wilfert CM:
Epidemic reappearance of gonococcal ophthalmia neonatorum.
Pediatrics 51: 110-114, 1973

05. Hypothyroïdie du nourrisson

• Dussault JH, Coulombe P, Laberge C et al.:
Preliminary report on a mass screening program for neonatal hypothyroidism.
J Pediatr 86: 670-674, 1975

Dussault JH, Letarte J, Guyda H et al.:
Thyroid function in neonatal hypothyroidism.
J Pediatr 89: 541-544, 1976

• Dussault JH, Parlow A, Letarte J et al.:
TSH measurements from blood spots on filter paper: A confirmatory screening test for neonatal hypothyroidism.
J Pediatr 89: 550-552, 1976.

Klein AH, Floey TPJR, Larsen PP et al.:
Neonatal thyroid function in congenital hypothyroidism.
J Pediatr 89: 545-549, 1976

• Klein AH, Meltzer S, Kenney FM:
Improved prognosis in congenital hypothyroidism treated before age three months.
J Pediatr 81: 912-915, 1972

Raiti S, Newns GH:
Cretinism: early diagnosis and its relation to mental prognosis.
Arch Dis Child 46: 692-694, 1971

Report of Committee of the American Thyroid Association:
Recommendations for screening programs for congenital hypothyroidism.
J Pediatr 89: 692-694, 1976

• Walfish PG:
Evaluation of three thyroid-function screening tests for detecting neonatal hypothyroidism.
Lancet 1: 1208-1211, 1976

06. Phénylcétonurie

Annexton M. (Medical News):
Diet termination for PKU: yes or no?
JAMA 240: 1471-1475, 1978

Annexton M, (Medical News):
Tyrosine deficiency and retardation?
JAMA 240: 1471, 1978

A report of the Ontario Council of Health, senior advisory body to the Minister of Health. Genetic Services.
Ontario Council Health, 1976

• Child B:
Genetic screening.
Annu Rev Genet 9: 67-89, 1975

• Dobson J, Koch R, Williamson M et al.:
Cognitive development and dietary therapy in phenylketonuric children.
N Engl J Med 278: 1142-1144, 1968

Guthrie R, Susi A:
A simple phenylalanine method for detecting phenylketonuria in large populations of newborn infants.
Pediatrics 32: 338-343, 1963

Holtzman NA, Meek AG, Mellits ED et al.:
Neonatal screening for phenylketonuria. III. Altered sex ratio; extent and possible causes.
J Pediatr 85: 175-181, 1974

Holtzman NA, Morales DR, Cunningham G et al.:
Phenylketonuria, in *Pediatric Screening Tests.* (eds Frankenburg Wk, Camp BW).
Thomas, 1975, pp 92-118

McCaman MW, Robins E:
Fluorimetric method for the determination of phenylalanine in serum.
J Lab Clin Med 59: 885-890, 1962

• Scriver CR:
PKU and beyond: when do costs exceed benefits?
Pediatrics 54: 616-619, 1974

Scriver CR, Davies E, Cullen AM:
Application of a simple micromethod to the screening of plasma for a variety of amino-acidopathies.
Lancet 2: 230-232, 1964

Scriver CR, Neal JL, Saginur R et al.:
The frequency of genetic disease and congenital malformation among patients in a pediatric hospital.
Can Med Assoc J 108: 1111-1115, 1973

Smith I, Wolff OH:
Natural history of phenylketonuria and influence of early treatment.
Lancet 2: 540-544, 1974

• Starfield B, Holtzman NA:
A comparison of effectiveness of screening for phenylketonuria in the United States, United Kingdom, and Ireland.
N Engl J Med 293: 118-121, 1975

07. Luxation congénitale de la hanche

Asher MA:
Orthopedic screening, especially congenital dislocation of the hip and spinal deformity.
Pediatr Clin North Am 24: 713-722, 1977

• Barlow TG:
Congenital dislocation of the hip in the newborn.
Proc R Soc Med 59: 1103-1106, 1966

Corkery P:
Congenital hip dislocation (letter).
Br Med J 3: 371, 1971

Fredensborg N:
The effect of early diagnosis of congenital dislocation of the hip.
Acta Paediatr Scand 65: 323-328, 1976

• Fredensborg N:
The results of early treatment of typical congenital dislocation of the hip in malmo.
J Bone Joint Surg (Br) 58: 272-278, 1976

Gregersen HN:
Congenital dislocation of the hip. Results of early treatment.
Acta Orthop Scand 40: 53-61, 1969

Hiertonn T, James U:
Congenital dislocation of the hip. Experiences of early diagnosis and treatment.
J Bone Joint Surg (Br) 50: 542-545, 1968

Hirsch C, Scheller S:
Result of treatment from birth of unstable hips: a 5 year follow-up.
Acta Orthop Scand (suppl) 130: 25-29, 1970

• Mackenzie IG:
Congenital dislocation of the hip. The development of a regional service.
J Bone Joint Surg (Br) 54: 18-39, 1972

McManus F, Rang M:
Preventive orthopedics. (letter).
Clin Orthop 125: 243-248, 1977

Mitchell GP:
Problems in the early diagnosis and management of congenital dislocation of the hip.
J Bone Joint Surg (Br) 54: 4-12, 1972

Palmen K:
Preluxation of the hip joint. Diagnosis and treatment in the newborn and the diagnosis of congenital dislocation of the hip joint in Sweden during the years 1948-1960.
Acta Paediatr Scand 50 (suppl 129): 655-657, 1961

Ramsey PL, Lasser S, MacEwen GD:
Congenital dislocation of the hip: use of the Pavlik harness in the child during the first six months of life.
J Bone Joint Surg (Am) 58: 1000-1004, 1976

Salter RB:
Etiology, pathogenesis and possible prevention of congenital dislocation of the hip.
Can Med Assoc J 98: 933-945, 1968

Salter RB, Dubos JP:
The first fifteen years' personal experience with innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation and subluxation of the hip.
Clin Orthop 98: 72-103, 1974

• Salter RB, Kostuik J, Dallas S:
Avascular necrosis of the femoral head as a complication of treatment for congenital dislocation of the hip in young children: a clinical and experimental investigation.
Can J Surg 12: 44-61, 1969

Samilson RL, Tsou P, Aamoth G et al.:
Dislocation and subluxation of the hip in cerebral palsy.
J Bone Joint Surg (Am) 54: 863-873, 1972

Sharrard WJW, Allen JMH, Heaney SH et al.:
Surgical prophylaxis of subluxation and dislocation of the hip in cerebral palsy.
J Bone Joint Surg (Br) 57: 160-166, 1975

Smaill GB:
Congenital dislocation of the hip in the newborn.
J Bone Joint Surg (Br) 50: 524-536, 1968

Strange FG ST C:
The Hip.
Heinemann, 1965

Von Rosen S:
Diagnosis and treatment of congenital disease of the hip joint in the newborn.
J Bone Joint Surg (Br) 44: 284-291, 1962

Walker G:
Problems in the early recognition of congenital hip dislocation.
Br Med J 3: 147-148, 1971

• Walker JM:
Congenital hip disease in a Cree-Objibwa population: a retrospective study.
Can Med Assoc J 116: 501-504, 1977

Williamson J:
Difficulties of early diagnosis and treatment of congenital dislocations of the hip in Northern Ireland.
J Bone Joint Surg (Br) 54: 13-17, 1972

Wynne-Davies R:
Acetabular dysplasia and familial joint laxity: two etiological factors in congenital dislocation of the hip. (A review of 589 patients and their families).
J Bone Joint Surg (Br) 52: 704-716, 1970

08. Anomalie du tube neural

A report of the Ontario Council of Health, Senior Advisory Body to the Minister of Health: Genetic Services.
Ontario Council Health, 1976

• Brock DJH:
Prenatal diagnosis — chemical methods.
Br Med Bull 32: 16-20, 1976

Brock DJH, Sutcliffe RG:
Alpha-fetoprotein in the antenatal diagnosis of anencephaly and spina bifida.
Lancet 2: 197-199, 1972

• Childs B:
Genetic screening.
Annu Rev Genet 9: 67-89, 1975

Clarke M:
Feasibility of serum-alpha-fetoprotein screening for fetal neural tube defects. (letter).
Lancet 2: 1098-1099, 1977

Éditorial:
Screening for neural-tube defects.
Lancet 1: 1345-1346, 1977

Éditorial:
Towards the prevention of spina bifida.
Lancet 1: 907, 1974

Elwood JM:
Anencephalus in Canada 1943-1970.
Am J Epidemiol 100: 288-296, 1974

Elwood JM, Rogers JR:
The incidence of congenital abnormalities in British Columbia, Alberta, Manitoba and New Brunswick 1966-1969.
Can J Public Health 66: 471-476, 1975

• Hagard S, Carter F, Milne RG:
Screening for spina bifida cystica: a cost-benefit analysis.
Br J Prev Soc Med 30: 40-53, 1976

• Hunt G, Lewin W, Gleave J et al.:
Predictive factors in open myelomeningocele with special reference to sensory level.
Br Med J 4: 197-201, 1973

Lorber J:
Results of treatment of myelomeningocele. An analysis of 524 unselected cases, with special reference to possible selection for treatment.
Dev Med Child Neurol 13: 279-303, 1971

Macri JN, Weiss RR, Tillitt R et al.:
Prenatal diagnosis of neural tube defects.
JAMA 236: 1251-1254, 1976

• Milunsky A, Alpert E:
Prenatal diagnosis of neural tube defects. 1. Problems and pitfalls: analysis of 2 495 cases using the alpha-fetoprotein assay. II. Analysis of false positive and false negative alpha-fetoprotein results.
Obstet Gynecol 48: 1-12, 1976

Newcombe HB:
Congenital malformations of the central nervous system.
MRC Prenatal Diagnosis Newsletter (Canada) IV (1): 2, 1975

• Report of U. K . Collaborative Study on Alpha-Fetoprotein in Relation to Neural Tube Defects:
Maternal serum-alpha-fetoprotein measurement in antenatal screening for anencephaly and spina bifida in early pregnancy.
Lancet 1: 1323-1332, 1977

Scriver CR, Neal JL, Saginur R et al.:
The frequency of genetic disease and congenital malformation among patients in a pediatric hospital.
Can Med Assoc J 108: 1111-1115, 1973

Simpson NE, Dallaire L, Miller JR et al.:
Prenatal diagnosis of genetic disease in Canada: Report of a collaborative study.
Can Med Assoc J 115: 739-748, 1976

The NICHD national registry for amniocentesis study group: midtrimester amniocentesis for prenatal diagnosis. Safety and accuracy.
JAMA 236: 1471-1476, 1976

Turnbull AC et al.:
Prevention of handicap through antenatal care.(Institute for Research into Mental and Multiple Handicap.)
(*IRMMH-Rev Res Pract* 18). Elsevier/Excerpta Medica, 1976

Vince JD, McManus TJ, Ferguson-Smith MA et al.:
A semi-automated serum alphafetoprotein radioimmunoassay for prenatal spina bifida screening.
Br J Obstet Gynaecol 82: 718-727, 1975

09. Fibrose kystique

• Bowman BH, Barnett DR:
Recent advances in cystic fibrosis research.
Birth Defects 12(6): 197-212, 1976

Bowman BH, Mangos JA:
Cystic fibrosis.
N Engl J Med 294: 937-938, 1976

• Brimblecombe FSW, Chamberlain J:
Screening for cystic fibrosis.
Lancet 2: 1428-1431, 1973

• Childs B:
Genetic screening.
Annu Rev Genet 9: 67-89, 1975

Crossley JR, Berryman CC, Elliott RB:
Cystic-fibrosis screening in the newborn.
Lancet 2: 1094-1095, 1977

Danes BS, Bearn AG:
Cystic fibrosis of the pancreas: a study in cell culture.
J Exp Med 129: 775-793, 1969

Dobbs RH:
Social aspects of cystic fibrosis.
Respiration 27 (suppl): 169-177, 1970

Doershuk CF, Matthews LW, Tucker AS et al.:
Evaluation of a prophylactic and therapeuti program for patients with cystic fibrosis.
Pediatrics 36: 675-688, 1965

Editorial:
The later years of cystic fibrosis.
Lancet 2: 614-615, 1976

Gibson LE, Cooke RE:
A test for concentration of electrolytes in sweat in cystic fibrosis of the pancreas utilizing pilocarpine by iontophoresis.
Pediatrics 23: 545-549, 1959

• Mearns MB:
Treatment and prevention of pulmonary complications of cystic fibrosis in infancy and early childhood.
Arch Dis Child 47: 5-11, 1972

Mitchell-Heggs P, Mearns M, Batten JC:
Cystic fibrosis in adolescents and adults.
Q J Med 69(179): 479-504, 1976

Robinson PG, Elliott RB:
Cystic fibrosis screening in the newborn.
Arch Dis Child 51: 301-304, 1976

Scriver CR, Neal JL, Saginur R et al.:
The frequency of genetic disease and congenital malformation among patients in a pediatric hospital.
Can Med Assoc J 108: 1111-1115, 1973

Shwachman H, Holsclaw DS:
Complications of cystic fibrosis.
N Engl J Med 281: 500-501, 1969

Shwachman H, Kulczycki LL, Khaw KT:
A report on sixty-five patients over 17 years of age.
Pediatrics 36: 689-699, 1965

• Shwachman H, Redmond A, Khaw K-T:
Studies in cystic fibrosis: report of 130 patients diagnosed under 3 months of age over a 20 year period.
Pediatrics 46: 335-343, 1970

• Stephan U, Busch EW, Kollberg H et al.:
Cystic fibrosis detection by means of a test-strip.
Pediatrics 55: 35-38, 1975

Warwick WJ:
Cystic fibrosis: nature and prognosis.
Minn Med 50: 1049-1053, 1967

• Warwick WJ, Pogue RE, Gerber HU et al.:
Survival patterns in cystic fibrosis.
J Chronic Dis 28: 609-622, 1975

10. Dystrophie musculaire progressive (myopathie de Duchenne)

A report of the Ontario Council of Health, Senior Advisory Body to the Minister of Health: Genetic Services.
Ontario Council Health, 1976

Beckmann R:
Detection of pre clinical Duchenne muscular dystrophy and its female carriers.
Isr J Med Sci 13: 102-106, 1977

Danieli GA, Angelini C:
Duchenne carrier detection. (letter).
Lancet 2: 90, 1976

Danieli GA, Mostacciuolo ML, Bonfante A et al.:
Duchenne muscular dystrophy. A population study.
Hum Genet 35: 225-231, 1977

Demos J:
Early diagnosis and treatment of rapidly developing Duchenne de Boulogne type myopathy. (type DDB 1).
Am J Phys Med 50: 271-284, 1971

Dennis NR, Evans K, Clayton B et al.:
Use of creatine kinase for detecting severe X-linked muscular dystrophy carriers.
Br Med J 2: 577-579, 1976

Dubowitz V:
Carrier detection and genetic counselling in Duchenne dystrophy.
Dev Med Child Neurol 17: 352-356, 1975

Dubowitz V:
Screening for Duchenne muscular dystrophy.
Arch Dis Child 51: 249-251, 1976

Gardner-Medwin D:
Duchenne muscular dystrophy: early diagnosis, and screening. (letter).
Arch Dis Child 51: 982-983, 1976

Gilboa N:
Duchenne muscular distrophy: early diagnosis, ans screening. (letter).
Arch Dis Child 51: 986, 1976

Gilboa N, Swanson JR:
Serum creatine phosphokinase in normal niewborns.
Arch Dis Child 51: 283-285, 1976

• Hutton EM, Thompson MW:
Carrier detection and genetic counselling in duchenne muscular dystrophy: a follow-up study.
Can Med Assoc J 115: 749-752, 1976

Ionasescu V, Zellweger H, Burmeister L:
Detection of carriers and genetic counseling in Duchenne muscular dystrophy by ribosomal protein synthesis.
Acta Neurol Scand 54: 442-445, 1976

Perry TB, Fraser FC:
Variability of serum creatine phosphokinase activity in normal women and carriers of the gene for Duchenne muscular dystrophy.
Neurology 23: 1316-1323, 1973

Roses AD:
Duchenne muscular dystrophy: early diagnosis, and screening. (letter).
Arch Dis Child 51: 983-985, 1976

Roses AD:
Identification of Duchenne muscular dystrophy carriers. (letter).
Lancet 2: 636, 1976

• Roses AD, Roses MJ, Miller SE et al.:
Carrier detection in Duchenne muscular dystrophy.
N Engl J Med 294: 193-198, 1976

Roses AD, Roses MJ, Nicholson GA et al.:
Lactate dehydrogenase isoenzyme 5 m detecting carriers of Duchenne muscular dystrophy.
Neurology 27: 414-421, 1977

Scriver CR, Neal JL, Saginur R et al.:
The frequency of genetic disease and congenital malformation among patients in a pediatric hospital.

Can Med Assoc J 108: 1111-1115, 1973

Taylor K, Merrill RE:
Progress in the delivery of health care: genetic counseling.
Am J Dis Child 119: 209-211, 1970

Wharton BA:
Duchenne muscular dystrophy: early diagnosis, and screening. (letter).
Arch Dis Child 51: 985, 1976

Wilkins KE, Gibson DA:
The patterns of spinal deformity in Duchenne muscular dystrophy.
J Bone Joint Surg (Am) 58: 24-32, 1976

Zatz M, Frota-Pessoa O, Levy JA et al.:
Creatine-phosphokinase (CPK) activity in relatives of patients with x-linked muscular dystrophies: a Brazilian study.
J Genet Hum 24: 153-168, 1976

• Zellweger H, Antonik A:
Newborn screening for Duchenne muscular dystrophy.
Pediatrics 55: 30-34, 1975

11. Malformation du septum interventriculaire

Apley J, Barbour RF, Westmacctt I:
Impact of congenital heart disease on the family. Preliminary report.
Br Med J 1: 103-105, 1967

Braunwald E, Swan HJ:
Cooperative study on catheterization.
Circulation 37 (suppl 3): 1-26, 1968
(Am Heart Assoc Monograph No 20)

Dushane JW, Krongrad E, Ritter DG et al.:
The fate of raised pulmonary vascular resistance after surgery in ventricular septal defect, in *The Child with Congenital Heart Disease after Surgery*. (eds Kidd BSL, Rowe RD).
Futura Publ, 1976, pp 299-312

• Engle MA:
Ventricular septal defect. Status report for the seventies.
Cardiovasc Clin 4(3): 281-304, 1972

Freed MD, Keane JF, Nadas AS et al.:
Postoperative catherization after repair of ventricular septal defect and tetralogy of Fallot in infants using deep hypothermia. (absth).
Am J Cardiol 37: 136, 1976

Gersony WM, Hayes CJ:
Bacterial endocarditis in patients with pulmonary stenosis, aortic stenosis, or ventricular septal defect.
Circulation 56 (suppl 1): 84-87, 1977

Graham TP, Cordell GD, Bender HW:
Ventricular function after surgery, in *the Child with Congenital Heart Disease after Surgery*. (eds Kidd BSL, Rowe RD).
Futura Publ, 1976, pp 277-293

Hoffman JIE:
Indications for and results of surgery in ventricular septal defects.
Adv Cardiol 17: 40-50, 1976

Hoffman JIE, Rudolph AM:
The natural history of ventricular septal defects in infancy.
Am J Cardiol 16: 634-653, 1965

Keane JF, Plauth WHJR, Nadas AS:
Ventricular septal defect with aortic regurgitation.
Circulation 56 (suppl 1): 72-77, 1977

• Keith JD, Rose V, Collins G et al.:
Ventricular septal defect. Incidence, morbidity and mortality in various age groups.
Br Heart J 33 (suppl): 81-87, 1971

Kirklin JW, appelbaum A, Bargeron LMJR:
Primary repair versus banding for ventricular septal defects in infants in *The Child with Congenital Heart Disease after Surgery*.
(eds Kidd BSL, Rowe RD).
Futura Publ, 1976, pp 3-9

Linde LM, Rasof B, Dunn OJ et al.:
Attitudinal factors in congenital heart disease.
Pediatrics 38: 92-111, 1966

Manning JA, Hutchinson JJ:
Insurability and employability of young cardiacs. Bases upon the third conference on insurability and employability of young cardiacs, June 1972 with revisions and updating March 1976.
Circulation 56: 335a-337a, 1977

• Moss AJ, Siassi B:
Natural history of ventricular septal defect.
Cardiovasc Clin 2: 139-154, 1970

Nadas AS, Fyler DC:
Pediatric Cardiology.
Saunders, 1972

Nora JJ, Wolf RR:
Recurrence risks in the family in the *Child with Congenital Heart Disease after Surgery*.
(eds Kidd BS, Rowe RD).
Futura Publ, 1976, pp 451-460

• Report from the joint study on the natural history of congenital heart defects:
pulmonary stenosis, aortic stenosis, ventricular septal defect: clinical course and indirect assessment.
Circulation 56 (suppl 1): 1-87, 1977
(Am Heart Assoc Monograph no 53)

Rudolph AM:
Congenital disease of the heart: clinical-physiologic considerations in diagnosis and management.
Year Book Med Publ, 1974

Weidman WH, Blount SG Jr, Dushane JW et al.:
Clinical course in ventricular septal defect.
Circulation 56 (suppl 1): 56-59, 1977

12. Maladie de Tay-Sachs

• *A report of the Ontario Council of Health, Senior Advisory Body to the Minister of Health: Genetic Services.*
Ontario Council Health, 1976

• Child B:
Genetic screening.
Annu Rev Genet 9: 67-89. 1975

Scriver CR, Neal JL, Saginur R et al.:
The frequency of genetic disease and congenital malformation among patients in a pediatric hospital.
Can Med Assoc J 108: 1111-1115, 1973

13. Syndrome de Down (mongolisme)

A report of the Ontario Council of Health, Senior Advisory Body to the Minister of Health: Genetic Services.
Ontario Council Health, 1976

• Childs B:
Genetic screening.
Annu Rev Genet 9: 67-89, 1975

Giraud F, Mattei JF:
Aspects épidémiologiques de la trisomie 21.
J Genet Hum 23 (suppl): 1-30, 1975

• Nadler HL:
Prenatal diagnosis of inborn defects: a status report.
Hosp Pract 10 (June): 41-51, 1975

Scriver CR, Neal JL, Saginur R et al.:
The frequency of genetic disease and congenital malformation among patients in a pediatric hospital.
Can Med Assoc J 108: 1111-1115, 1973

• Simpson NE, Dallaire L, Miller JR et al.:
Prenatal diagnosis of genetic disease in Canada: report of a collaborative study.
Can Med Assoc J 115: 739-748, 1976

14. Conséquences de l'alcoolisme des parents sur les enfants

• Anonyme:
Pregnancy in the heavy drinker.
Lancet 2: 647, 1977

• Clarren SK, Smith DW:
The fetal alcohol syndrome.
N Engl J Med 298: 1063-1067, 1978

• Hanson JW, Jones KL, Smith DW:
Fetal alcohol syndrome. Experience with 41 patients.
JAMA 235: 1458-1460, 1976

Jones KL, Smith DW, Streissguth AP et al.:
Putcome in offspring of chronic alcoholic women.
Lancet 1: 1076-1078, 1974

Jones KL, Smith DW, Ulleland CN et al.:
Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers.
Lancet 1: 1267-1271, 1973

Nora AH, Nora JJ, Blu J:
Limb-reduction anomalies in infants born to disulfiram-treated alcoholic mothers. (letter).
Lancet 2: 664, 1977

• Ouellette EM, Rosett HL, Rosnan NP et al.:
Adverse effects on offspring of maternal alcohol abuse during pregnancy.
N Engl J Med 297: 528-530, 1977

Rosett HL, Weiner L:
Reduction of alcohol consumption during pregnancy with benefits to the newborn. (absr).
Alcoholism Clin Exp Res 2: 202, 1978

Streissguth AP:
Maternal drinking and the outcome of pregnancy: implications for child mental health.
Am J Orthopsychiatry 47: 422-431, 1977

15. Maladies infectieuses (contre lesquelles on peut s'immuniser)

Diphtérie

Barr M, Glenny AT, Butler NR:
Immunization of babies with diphtheria-tetanus-pertussis prophylactic.
Br Med J 2: 635-639, 1955

Butler NR, Voyce MA, Burland WL et al.:
Advantages of aluminium hydroxide adsorbed combined diphtheria, tetanus, and pertussis vaccines for the immunization of infants.
Br Med J 1: 663-666, 1969

Foley AR:
A three-year experiment with combined diphtheria toxoid-pertussis vaccine.
Can J Public Health 37: 259-267, 1946

Rougeole

Albrecht P, Ennis FA, Saltzman EJ et al.:
Persistence of maternal antibody in infants beyond 12 months: mechanism of measles vaccine failure.
J Pediatr 91: 715-718, 1977

Bass JW, Halstead SB, Fischer GW et al.:
Booster vaccination with further live attenuated measles vaccine.
JAMA 235: 31-34, 1976

Cherry JD, Feigin RD, Lobes LAJR et al.:
Urban measles in the vaccine era: a clinical, epidemiologic, and serologic study.
J Pediatr 81: 217-230, 1972

• Fourth report to the Medical Research Council by the measles sub-committee of the committee on development of vaccines and immunization procedures:
clinical trial of live measles vaccine given alone and live vaccine preceded by killed vaccine.
Lancet 2: 571-575, 1977

• Krugman RD, Witte JJ, Parkman PD:
Combined administration of measles, mumps, rubella, and trivalent oral poliovirus vaccines.
Public Health Rep 92: 220-222, 1977

• Krugman S:
Present status of measles and rubella immunization in the United States: a medical progress report.
J Pediatr 90: 1-12, 1977

• Landrigan PJ:
Epidemic measles in a divided city.
JAMA 221: 567-570, 1972

Landrigan PJ, Griesbach PH:
Measles in previously vaccinated children in Illinois.
Ill Med J 141: 367-372, 1972

Lerman SJ, Gold E:
Measles in children previously vaccinated against measles.
JAMA 216: 1311-1314, 1971

• Levine MM, Edsall G, Bruce-Chwatt LJ:
Live-virus vaccine in pregnancy. Risks and recommendations.
Lancet 2: 34-38, 1974

McCormick JB, Halsey N, Rosenberg R:
Measles vaccine efficacy determined from secondary attack rates during a severe epidemic.
J Pediatr 90: 13-16, 1977

Miller G, Gale J, Villarejos V et al.:
Edmonston B and A further attenuated measles vaccine — a placebo controlled double blind comparison.
Am J Public Health 57: 1333-1340, 1967

Modlin JF, Jabbour JT, Witte JJ et al.:
Epidemiologic studies of measles, measles vaccine, and subacute sclerosing panencephalitis.
Pediatrics 59: 505-512, 1977

Morley DC, Woodland M, Krugman S et al.:
Measles and measles vaccination in an African village.
Bull Who 39: 733-739, 1964

Shasley DM, Shope TC, Downs H et al.:
Epidemic measles in a highly vaccinated population.
N Engl J Med 296: 585-589, 1977

Shope TC, Downs H, Shasby M:
Measles in previously immunized children: variable vaccine efficacy. (abstr 615).
Pediatr Res 10: 403, 1976

Wright HJ:
Acceptance of measles vaccine. (letter).
Lancet 2: 554, 1977

Wyll SA, Witte JJ:
Measles in previously vaccinated children. An epidemiological study.
JAMA 216: 1306-1310, 1971

Oreillons

• Dudgeon JA:
The control of diphtheria, tetanus, poliomyelitis, measles, rubella and mumps.
Practitioner 215: 299-309, 1975

Krugman RD, Witte JJ, Parkman PD:
Combined administration of measles, mumps, rubella, and trivalent oral poliovirus vaccines.
Public Health Rep 92: 220-222, 1977

Coqueluche

A medical research council investigation: the prevention of whooping-cough by vaccination.
Br Med J 1: 1463-1471, 1951

Consultants à l'OMS:
Vaccination contre la coqueluche
OMS Chronique 29, 339-407, 1975.

• Éditorial:
Whooping cough immunization.
S A Med J 52: 546, 1977

Edsall G:
The future of immunization.
Public Health Rep 76: 811-816, 1961

Foley AR:
A three-year experiment with combined diphtheria toxoid-pertussis vaccine.
Can J Public Health 37: 259-267, 1946

Joint committee of vaccination and immunization: whooping cough vaccination.
HMSO, 1977

Krugman S, Ward R:
Infectious Diseases of Children. (4th ed).
Mosby, 1968

Kurt TL, Yeager AS, Guenette S et al.:
Spread of pertussis by hospital staff.
JAMA 221: 264-267, 1972

• Linneman CC JR, Nasenbeny J:
Pertussis in the adult.
Annu Rev Med 28: 179-185, 1977

Linnemann CC Jr, Ramundo N, Perlstein PH et al.:
Use of pertussis vaccine in an epidemic involving hospital staff.
Lancet 2: 540-543, 1975

Malleson PN, Bennett JC:
Whooping-cough admissions to a paediatric hospital over ten years. The protective value of immunization.
Lancet 1: 237-239, 1977

Malmgren B, Vahlquist B, Zetterstrom R:
Complications of immunization. (letter).
Br Med J 2: 1800-1801, 1960

Miller CL, Pollock TM, Clewer ADE:
Whopping-cough vaccination: an assessment.
Lancet 2: 510-513, 1974

• Statement by Joint Committee on Vaccination and Immunization of the Central Health Services Council and the Scottish Health Service Planning Council:
Whooping-cough vaccine.
Br Med J 3: 687-688, 1975

Stewart GT:
Vaccination against whooping-cough. Efficacy versus risks.
Lancet 1: 234-237, 1977

Thomas G:
Respiratory and humoral immune response to aerosol and intramuscular pertussis vaccine.
J Hyg (Camb) 74: 233-237, 1975

Poliomyélite

A report to the Medical Research Council by its Poliomyelitis Vaccines Comittee:
the assessment of the British vaccine against poliomyelitis.
Br Med J 1: 1271-1277, 1957

Francis T JR, Korns FR, Voight RB et al.:
An evaluation of the 1954 poliomyelitis vaccine trials: summary report.
Am J Public Health 45 (suppl May): 1-61, 1955

• Krugman RD, Hardy GE JR, Sellers C et al.:
Antibody persistence after primary immunization with trivalent oral poliovirus vaccine.
Pediatrics 60: 80-82, 1977

Krugman RD, Witte JJ, Parkman PD:
Combined administration of measles, mumps, rubella, and trivalent oral poliovirus vaccines.
Public Health Rep 92: 220-222, 1977

• Nightingale EO:
Recommendation for a national policy on poliomyelitis vaccination.
N Engl J Med 297: 249-253, 1977

Payne AM:
Oral immunization against poliomyelitis.
Bull WHO 23: 695-703, 1960

Sabin AB:
Status of field trials with an orally administered, live attenuated poliovirus vaccine.
JAMA 171: 863-868, 1959

Smorodintsev AA:
Immunological and epidemiological effectiveness of live poliomyelitis vaccine in the USSR.
Bull WHO 23: 705-725, 1960

Rubéole

Beasley RP:
Dilemmas presented by the attenuated rubella vaccines.
Am J Epidemiol 92: 158-161, 1970

Chang T, Desrosiers S, Weinstein L:
Clinical and serologic studies of an outbreak of rubella in a vaccinated population.
N Engl J Med 283: 246-248, 1970

Davis WJ, Larson HE, Simsarian JP et al.:
A study of rubella immunity and resistance to infection.
JAMA 215: 600-608, 1971

Dudgeon JA, Marshall WC, Peckham CS:
Rubella vaccine trials in adults and children: comparison of three attenuated vaccines.
Am J Dis Child 118: 237-242, 1969

Karchmer AW, Herrmann KL, Friedman JP et al.:
Comparative studies of rubella vaccines.
Am J Dis Child 118: 197-202, 1969

Krugman RD, Witte JJ, Parkman PD:
Combined administration of measles, mumps, rubella, and trivalent oral poliovirus vaccines.
Public Health Rep 92: 220-222, 1977

• Krugman S:
Present status of measles and rubella immunization in the United States: a medical progress report.
J Pediatr 90: 1-12, 1977

Meyer HM, Parkman PD, Hopps HE:
The control of rubella.
Pediatrics 44: 5-20, 1969

Meyer HM Jr, Parkman PD, Hobbins TE et al.:
Attenuated rubella viruses: laboratory and clinical characteristics.
Am J Dis Child 118: 155-165, 1969

Modlin JF, Brandling-Bennett Ad, Witte JJ et al.:
A review of five years' experience with rubella vaccine in the United States.
Pediatrics 55: 20-29, 1975

Neff JM, Carver DH:
Rubella immunization: reconsideration of our present policy.
Am J Epidemiol 92: 162-163, 1970

Panam Health Organization:
First International Conference on Vaccines against Viral and Rickettsial Diseases of Man.
Sci Publ No 147, (WHO), 1967

Plotkin SA, Farquhar JD, Ogra PL:
Immunologic properties of RA 27/3 rubella virus vaccine. A comparison with strains presently licensed in the United States.
JAMA 225: 585-590, 1973

Rachelefsky GS, Hermann KL:
Congenital rubella surveillance following epidemic rubella in a partially vaccinated community.
J Pediatr 84: 474-478, 1974

Report of the Public Health Laboratory Service Working Party on rubella:
studies of the effect of immunoglobulin on rubella in pregnancy.
Br Med J 2: 497-500, 1970

Schiff GM, Donath R, Rotte T:
Experimental rubella studies. I. Clinical and laboratory features of infection caused by the brown strain rubella virus. II. Artificial challenge studies of adult rubella vaccinees.
Am J Dis Child 118: 269-274, 1969

Schiff GM, Rauh JL, Rotte T:
Rubella vaccine evaluation in a public school system.
Am J Dis Child 118: 203-208, 1969

• Schoenbaum SC, Hyde JN Jr, Bartoshesky L et al.:
Benefit-cost analysis of rubella vaccination policy.
N Engl J Med 294: 306-310, 1976

Wilkins J, Leedom JM, Portnoy B et al.:
Reinfection with rubella virus despite live vaccine induced immunity. Trials of HPV-77 and HPV-80 live rubella virus vaccines and subsequent artificial and natural challenge studies.
Am J Dis Child 118: 275-294, 1969

Wyll SA, Herrmann KL, Abrutyn E et al.:
Rubella booster immunization. Serologic response to a second dose of vaccine.
JAMA 216: 1451-1453, 1971

Tétanos

Adams EB, Laurence DR, Smith JWG:
Tetanus.
Blackwell Scientific Publ, 1969

Boyd J:
Tetanus in two world wars, in Symposium on Tetanus. (President Kilpatrick J).
Proc R Soc Med 52: 109-110, 1959

Boyd JSK:
Tetanus in the African and European theatres of war 1939-1945.
Lancet 1: 113-119, 1946

Éditorial:
Tetanus in the United States army in World War II.
N Engl J Med 237: 411-413, 1947

Éditorial:
Tetanus prophylaxis and treatment.
N Engl J Med 234: 806-807, 1946

• Edsall G, Elliott MW, Peebles TC et al.:
Excessive use of tetanus toxoid boosters.
JAMA 202: 17-19, 1967

• Ipsen J:
Immunization of adults against diphtheria and tetanus.
N Engl J Med 251: 459-466, 1954

Newell KW, Duenas-Lehmann A, Leblanc DR:
The use of toxoid for the prevention of tetanus neonatorum. Final report of a double-blind controlled field trial.
Bull WHO 35: 863-871, 1966

Peebles TC, Levine L, Eldred MC et al.:
Tetanus-toxoid emergency boosters: a reappraisal.
N Engl J Med 280: 575-581, 1969

Schofield FD, Tucker VM, Westbrook GR:
Neonatal tetanus in New Guinea. Effect of active immunization in pregnancy.
Br Med J 2: 785-789, 1961

16. Maladies infectieuses affectant les voyageurs internationaux

Anonyme:
Prophylatic gamma globulin for prevention of endemic hepatitis. Effects of US gamma globulin upon the incidence of viral hepatitis and other infectious diseases in US soldiers abroad. A comparative study.
Arch Intern Med 128: 723-738, 1971

• Anonyme:
Supplement. Collected recommendations of the Public Health Service Advisory Committee on Immunization Practices.
MMRW 21: June 24, 1972

• Krugman S:
Viral hepatitis: recent developments and prospects for prevention.
J Pediatr 87: 1067-1077, 1975

17. Tuberculose

Anonyme:
Recommendation of the Public Health Service Advisory Committee on Immunization Practices: BCG vaccines.
MMWR 24: 69-70, 1975

Aronson JD:
Protective vaccination against tuberculosis.
Am Rev Tuberc 58: 255-281, 1948

Ashley MJ, Wigle WD:
The epidemiology of active tuberculosis in hospital employees in Ontario, 1966-1969.
Am Rev Resp Dis 104: 851-860, 1971

Baudoin JA:
Vaccination antituberculeuse au BCG.
Union Med Can 72: 826-830, 1943

Comité d'experts sur la tuberculose
Huitième rapport.
OMS: Série de rapports techniques no 290, 1964.

Dahlstrom G, Difs H:
The efficacy of B.C.G. vaccination.
Acta Tuberc Scand 25 (suppl 27): 1-133, 1951

Ferebee SH:
Controlled chemoprophylaxis trials in tuberculosis. A general review.
Bibl Tuberc 26: 28-106, 1970

Ferebee SH, Mount FW:
Tuberculosis morbidity in a controlled trial of the prophylactic use of isoniazic among household contacts.
Am Rev Respir Dis 85: 490-510, 1962

Ferebee S, Mount FW, Anastasiades A:
Prophylactic effects of isoniazid on primary tuberculosis in children; a preliminary report.
Am Rev Tuberc 76: 942-963, 1957

Ferguson RG:
B.C.G. vaccination in hospitals and sanatoria of Saskatchewan: a study carried out by the National Research Council of Canada.
Am Rev Tuberc 54: 325-339, 1946

Ferguson RG, Simes AB:
BCG vaccination of Indian infants in Saskatchewan.
Tubercle 30: 5-11, 1949

• Fourth report to the Medical Research Council by its Tuberculosis Vaccines Clinical Trials Committee:
BCG and vole bacillus vaccines in the prevention of tuberculosis in adolescence and early adult life.
Bull WHO 46: 371-385, 1972

Frappier A, Cantin M, Davignon L et al.:
BCG vaccination and pulmonary tuberculosis in Quebec.
Can Med Assoc J 105: 707-710, 1971

Frappier A, Frappier-Davignon L, Cantin M et al.:
Influence de la vaccination par le BCG sur la mortalité par méningite tuberculeuse des enfants de 0 à 10 ans dans la province de Québec.
Can Med Assoc J 86: 934-941, 1962

• Frappier-Davignon L:
Effets spécifiques et non spécifiques du vaccin BCG.
Vie Med Can Franc 4: 503-507, 1975

• Glassroth JL, White MC, Snider DE Jr:
An assessment of the possible association of isoniazid with human cancer deaths.
Am Rev Respir Dis 116: 1065-1074, 1977

Hopkins JW:
BCG vaccination in Montreal; statistical analysis of results of research by Dr J. A. Baudouin on BCG vaccination in Montreal.
Am Rev Tuberc 43: 581-599, 1941

Massachusetts Department of Public Health:
BCG vaccination in Massachusetts.
N Engl J Med 288: 521-522, 1973

Olinto M:
The Brazilian experience in prevention of tuberculosis with a concurrent method of BCG vaccination.
Pediatrics 19: 833-843, 1957

Rosenthal SR:
BCG Vaccination against Tuberculosis.
Little, Brown, 1957

Rosenthal SR, Loewinshon E, Graham ML et al.:
BCG vaccination against TB in Chicago. A twenty-year study statistically analyzed.
Pediatrics 28: 622-641, 1961

Rouillon A, Waaler H:
BCG vaccination and epidemiological situation. A decision making approach to the use of BCG.
Adv Tuberc Res 19: 64-126, 1976

Springett VH:
The value of BCG vaccination.
Tubercle 46: 76-84, 1965

• Ten Dam HG, Toman K, Hitze KL et al.:
Present knowledge of immunization against tuberculosis.
Bull WHO 54: 255-269, 1976

Vandiviere HM, Dworski M, Melvin IG et al.:
Efficacy of *bacillus Calmette-Guerin* and isoniazid-resistant *bacillus Calmette-Guerin* with and without isoniazid chemprophylaxis from day of vaccination. II. Field trial in Man.
Am Rev Resp Dis 108: 301-313, 1973

Veening GJ:
Long term isoniazid prophylaxis. Controlled trial INH prophylaxis after recent tuberculin conversion in young adults.
Bull Int Union Tuberc 41: 169-171, 1968, (GT No 3470317)

18. Autres maladies contre lesquelles on peut s'immuniser

Grippe

Éditorial:
Guillain-Barre syndrome and influenza vaccine.
Br Med J 1: 1373-1374, 1977

Hoskins TW, Davies JR, Allchin A et al.:
Controlled trial of inactivated influenza vaccine containing the A/Hong Kong strain during an outbreak of influenza due to the A/England/42/72 strain.
Lancet 2: 116-120, 1973

Knight V, Couch RB, Douglas RG et al.:
Serological responses and results of natural infections challenge of recipients of zonal ultracentrifuged influenza A2-AICHI-2-68 vaccine.
Bull WHO 45: 767-771, 1971

• Recommendations of the Public Health Service Advisory Committee on Immunization Practices:
MMWR 26: 193-199, 1977

Ruben FL, Akers LW, Stanley ED et al.:
Protection with split and whole virus vaccines against influenza.
Arch Intern Med 132: 568-571, 1973

Stiver GH, Graves P, Eickhoff TC et al.:
Efficacy of "Hong Kong" vaccine in preventing "England" variant influenza A in 1972.
N Engl J Med 289: 1267-1271, 1973

Waldman RH, Coggins WJ:
Influenza immunization: field trial on a university campus.
J Infect Dis 126: 242-248, 1972

• Williams MC, Davignon L, McDonald JC et al.:
Trials of aqueous killed influenza vaccine in Canada, 1968-69.
Bull WHO 49: 333-340, 1973

Pneumonie pneumococcique

• Austrian R:
Prevention of pneumococcal infection by immunization with capsular polysaccharides of streptococcus pneumoniae:
current status of polyvalent vaccines.
J Infect Dis 136 (suppl): S38-S42, 1977

Méningite méningococcique

Erwa HH, Haseeb MA, Idris AA et al.:
A Serogroup A meningococcal polysaccharide vaccine. Studies in the Sudan to combat cerebrospinal meningitis caused by *Neisseria Meningitidis* group A.
Bull WHO 49: 301-305, 1973

Gold R, Artenstein MS:
Meningococcal infections. 2. Field trial of group C meningococcal polysaccharide vaccine in 1969-70.
Bull WHO 45: 279-282, 1971

Makela PH, Kayghty H:
Effect of group-A meningococcal vaccine in army recruits in Finland.
Lancet 2: 883-886, 1975

• Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS:
Lutte contre la méningite cérébro-spinale.
OMS: Série de rapports techniques no 588, 1976.

• Recommendations of the Public Health Service Advisory Committee on immunization practice:
Meningococcal polysaccharide vaccines.
Clin Pediatr 16: 764-765, 1977

Taunay A-E, Galvao PA, De Morais JS et al.:
Disease prevention by meningococcal serogroup C polysaccharide vaccine in preschool children: results after eleven months in Sao Paulo, Brazil. (abstr).
Pediatr Res 8: 429/155, 1974

Wahdan MH, Rizk F, El-Akkad AM et al.:
A controlled field trial of a serogroup A meningococcal polysaccharide vaccine.
Bull WHO 48: 667-673, 1973

19. Gastro-entérite aiguë de l'enfance

Ammann AJ, Stiehm ER, Piel CE:
Immuno globulin levels in colostrum and breast milk and serum from formula and breast-fed newborns.
Proc Soc Exp Biol Med 122: 1098-1100, 1966

Anonyme:
Breast-feeding: what is left besides the poetry? A statement by the nutrition committee Canadian Paediatric Society.
Can J Public Health 69: 13-20, 1978

Bishop RF, Hewstone AS, Davidson GP et al.:
An epidemic of diarrhoea in human neonates involving a reoviruslike agent and 'enteropathogenic' serotypes of *escherichia coli*.
J Clin Pathol 29: 46-49, 1976

Bryden AS, Davies HA, Hadley RE et al.:
Rotavirus enteritis in the West Midlands during 1974.
Lancet 2: 241-243, 1975

Cramblett HG, Azimi P, Haynes RE:
The etiology of infectious diarrhea in infancy, with special reference to enteropathogenic *e. coli*.
Ann NY Acad Sci 176: 80-92, 1971

Cunningham AS:
Morbidity in breast-fed and artificially-fed infants.
J Pediatr 90: 726-729, 1977

Davidson GP, Bishop RF, Townley RRW et al.:
Importance of a new virus in sporadic enteritis in children.
Lancet 1: 242-246, 1975

Echeverria P, Blacklow NR, Smith DH:
Role of heat-labile toxigenic *escherichia coli* and reovirus-like agent in diarrhoea in Boston children.
Lancet 2: 1113-1116, 1975

Éditorial:
Lessons from the Newfoundland gastroenteritis epidemic of 1963.
Can Med Assoc J 96: 484-485, 1967

Elias MM:
Distribution and titres of rotavirus antibodies in different age groups.
J Hyg (Camb) 79: 365-372, 1977

Flewett TH:
Diagnosis of enteritis virus.
Proc R Soc Med 69: 693-696, 1976

Gangarosa EJ, Merson MH:
Epidemiologic assessment of the relevance of the so-called enteropathogenic serogroups of escherichia coli in diarrhea.
N Engl J Med 296: 1210-1213, 1977

Gitnick GL, Rosen VJ:
Electron microscopic studies of viral agents in Crohn's disease.
Lancet 2: 217-219, 1976

• Gurwith MJ, Williams TW:
Gastroenteritis in children: a two-year review in Manitoba.
1. Etiology.
J Infect Dis 136: 239-247, 1977

Ironside AG, Tuxford AF, Heyworth B:
Survey of infantile gastroenteritis.
Br Med J 3: 20-24, 1970

Iyengar L, Selvaraj RJ:
Intestinal absorption of immunoglobulins by newborn infants.
Arch Dis Child 47: 411-414, 1972

Kapikian AZ, Cline WL, Mebus CA et al.:
New complement-fixation test for the human reovirus-like agent of infantile gastroenteritis.
Lancet 1: 1056-1061, 1975

Kapikian AZ, Kim HW, Wyatt RG et al.:
Human reovirus-like agent the major pathogen associated with "winter" gastroenteritis in hospitalized infants and young children.
N Engl J Med 294: 965-972, 1976

Konno T, Suzuki H, Kutsuzawa T et al.:
Human rotavirus and intussusception. (letter).
N Engl J Med 297: 945, 1977

• Larsen SA/JR, Homer DR:
Relation of breast versus bottle feeding to hospitalization for gastroenteritis in a middle-class U.S. population.
J Pediatr 92: 417-418, 1978

Madeley CR, Cosgrove BP:
Caliciviruses in man. (letter).
Lancet 1: 199-200, 1976

• Madeley CR, Cosgrove BP, Bell EJ et al.:
Stool viruses in babies in Glasgow. I. Hospital admissions with diarrhoea.
J Hyg (Camb) 78: 261-273, 1977

Matthews THJ, Nair CDG, Lawrence MK et al.:
Antiviral activity in milk of possible clinical importance.
Lancet 2: 1387-1389, 1976

Mavromichalis J, Evans N, McNeish AS et al.:
Intestinal damage in rotavirus and adenovirus gastroenteritis assessed by D-xylose malabsorption.
Arch Dis Child 52: 589-591, 1977

Middleton PJ, Szymanski MT, Petric M:
Viruses associated with acute gastroenteritis in young children.
Am J Dis Child 131: 733-737, 1977

Moffett HL:
Pediatric Infectious Diseases; A Problem-Oriented Approach.
Lippincott, 1975

Murphy AM, Albery MB, Crewe EB:
Rotavirus infections of neonates.
Lancet 2: 1149-1150, 1977

Pitt J:
Breast milk leukocytes.
Pediatrics 58: 769-770, 1976

Simhon A, Mata L:
Anti-rotavirus antibody in human colostrum. (letter).
Lancet 1: 39-40, 1978

Smith CW, Goldman AS:
The cells of human colostrum. I. In vitro studies of morphology and functions.
Pediatr Res 2: 103-169, 1968

Stoliar OA, Kaniecki-Green E, Pelley RP et al.:
Secretory IgA against enterotoxins in breast-milk.
Lancet 1: 1258-1261, 1976

Totterdell BM, Chrystie IL, Eanatvala JE:
Rotavirus infections in a maternity unit.
Arch Dis Child 51: 924-928, 1976

Whorwell PJ, Phillip CA, Beeken WI et al.:
Isolation of reovirus-like agents from patients with Crohn's disease.
Lancet 2: 1169-1171, 1977

20. Infection streptococcique hémolytique

Anthony BF, Yamauchi P, Penser JS et al.:
Classroom outbreak of scarlet fever and acute glomerulonephritis related to type 2 (M-2, T-2) group A *Streptococcus.*
J Infect Dis 129: 336-340, 1974

Bergman AB, Werner RJ.
Failure of children to receive penicillin therapy by mouth.
N Engl J Med 268: 1334-1338, 1963

Denny FW, Wannamaker LW, Brink WR et al.:
Prevention of rheumatic fever: treatment of the preceding streptococcic infect. n.
JAMA 143: 151-153, 1950

Dodge WF, Sparga BH, Travis LB et al.:
Poststreptococcal glomerulonephritis: a prospective study in children.
N Engl J Med 286: 273-278, 1972

Feinstein AR, Wood HF, Spagnuolo M et al.:
VII. Cardiac changes and sequelae, in rheumatic fever in children and adolescents. A long-term epidemiology study of subsequent prophylaxis, streptococcal infections, and clinical sequelae.
Ann Intern Med 60 (Suppl 5): 87-123, 1964

Fox EN, Pachman LM, Wittner MK et al.:
Primary immunization of infants and children with group A streptococcal M protein.
J Infect Dis 120: 598-604, 1969

Fox EN, Waldman RH, Wittner MK:
Protective study with a group a streptococcal M protein vaccine: infectivity challenge of human volunteers.
J Clin Invest 52: 1885-1892, 1973

Gordis L:
Effectiveness of comprehensive-care programs in preventing rheumatic fever.
N Engl J Med 289: 331-335, 1973

Green JL, Ray SP, Charney E:
Recurrence rate of streptococcal pharyngitis related to oral penicillin.
J Pediatr 75: 292-294, 1969

Kaplan EL, Bisno A, Derrick W et al.:
A.H.A. committee report – Prevention of Rheumatic Fever.
Circulation 55: 1-4, 1977

• Lasch EE, Frankel V, Vardy PA et al.:
Epidemic glomerulonephritis in Israel.
J Infect Dis 124: 141-147, 1971

Massell BF, Honikman LH, Amezcua J:
Rheumatic fever following streptococcal vaccination. Report of three cases.
JAMA 207: 1115-1119, 1969

Merrill JP:
Glomerulonephritis.
N Engl J Med 290: 257-266, 313-319, 374-381, 1974

Mortimer EA:
Control of rheumatic fever: how are we doing? (editorial).
JAMA 237: 1720, 1977

Ortiz JS, Finklea JF, Potter EV et al.:
Endemic nephritis and streptococcal infections in South Trinidad. Surveillance studies during the first year following a major epidemic.
Arch Intern Med 126: 640-646, 1970

Sharrett AR, Poon-King T, Potter EV et al.:
Subclinical nephritis in South Trinidad.
Am J Epidemiol 94: 231-245, 1971

Svartman M, Potter EV, Poon-King T et al.:
Streptococcal infection of scabetic lesions related to acute glomerulonephritis in Trinidad.
J Lab Clin Med 81: 182-193, 1973

Tompkins RK, Burnes DC, Cable WE:
An analysis of the cost-effectiveness of pharyngitis management and acute rheumatic fever prevention.
Ann Intern Med 86: 481-492, 1977

Wannamaker LW:
Difference between streptococcal infections of the throat and of the skin.
N Engl J Med 282: 23-31, 78-85, 1970

• Wood HF, Feinstein AR, Tarata A et al.:
III. Comparative effectiveness of three prophylactic regimens in preventing streptococcal infections and rheumatic recurrences.
Ann Intern Med 60 (Suppl 5): 31-46, 1964

21. Infection des voies urinaires

• Allen CM, Shinefield HR, Thomas BJ et al.:
Testing for bacteriuria. Pediatric multiphasic health screening program: Report no. 4.
Am J Dis Child 127: 504-506, 1974

• Asscher AW:
Urinary-tract infection.
Lancet 2: 1365-1367, 1974

Bailey EN, Kiehl PS, Akram DS et al.:
Screening in pediatric practice.
Pediatr Clin North AM 21: 123-165, 1974

Burke EC, Stickler GB:
Acute urinary-tract infections in children: a controlled treatment trial.
Mayo Clin Proc 44: 318-323, 1969

Dodge WF, West EF, Smith EH et al.:
Proteinuria and hematuria in school children: epidemiology and early natural history.
J Pediatr 88: 327-347, 1976

• Dodge WF, West EF, Travis LB:
Bacteriuria in school children. Observations on outcome following detection in 110 girls.
Am J Dis Child 127: 364-370, 1974

• Forbes PA, Drummond KN:
Urine screening programs in schools.
Can Med Assoc J 109: 979, 1973

Forbes PA, Drummond KN, Nogrady MB:
Initial urinary tract infections. Observations in children without major radiologic abnormalities.
J Pediatr 75: 187-192, 1969

Gaymans R, Haverkorn MJ, Valkenburg HA et al.:
A prospective study of urinary-tract infections in a Dutch general practice.
Lancet 2: 674-677, 1976

Holt KS:
Infancy and childhood.
Lancet 2: 1057-1060, 1974

Kohler L:
Health control of four-year-old children. An epidemiological study of child health.
Acta Paediatr Scand (suppl) 235: 1-28, 1973

Kohler L, Fritz H, Schersten B:
Health control of four-year-old children. A study of bacteriuria.
Acta Paediatr Scand 61: 289-295, 1972

• Kunin CM:
New developments in the diagnosis and treatment of urinary tract infections.
J Urol 113: 585-594, 1975

Kunin CM:
The natural history of recurrent bacteriuria in schoolgirls.
N Engl J Med 282: 1443-1448, 1970

• Kunin CM, Degroot JE, Uehling D et al.:
Detection of urinary tract infections in 3- to 5-year-old girls by mothers using a nitrite indicator strip.
Pediatrics 57: 829-835, 1976

Margileth AM, Thompson HC, Osborne CE:
Management criteria, documentation, and peer review of initial urinary tract infection.
Pediatrics 57: 754-759, 1976

• Marr TJ, Traisman HS:
Detection of bacteriuria in pediatric outpatients. A new culture device.
Am J Dis Child 129: 940-943, 1975

Pryles CV, Wherrett BA, McCarthy JM:
Urinary tract infections in infants and children. Long-term prospective study: interim report on results of six weeks chemotherapy.
Am J Dis Child 108: 1-12, 1964

• Randolph MF, Greenfield M:
The incidence of asymptomatic bacteriuria and pyuria in infancy. A study of 400 infants in private practice.
J Pediatr 65: 56-66, 1964

• Rich G, Glass NJ, Selkon JB:
Cost-effectiveness of two methods of screening for asymptomatic bacteriuria.
Br J Prev Soc Med 30: 54-59, 1976

Sanford JP:
Urinary tract symptoms and infections.
Annu Rev Med 26: 485-498, 1975

Savage DC:
Urinary tract infection in childhood.
Scott Med J 16: 263-272, 1971

Savage DCL, Adler K, Howie G et al.:
Controlled trial of therapy in covert bacteriuria of childhood.
Lancet 1: 358-361, 1975

Saxena SR, Laurance BM, Shaw DG:
The justification for early radiological investigations of urinary-tract-infection in children.
Lancet 2: 403-404, 1975

Silverberg DS, Allard MJ, Ulan RA et al.:
City-wide screening for urinary abnormalities in schoolgirls.
Can Med Assoc J 109: 981-985, 1973

22. Toxoplasmose

Alford CA Jr, Stagno S, Reynolds DW:
Toxoplasmosis: silent congenital infection, in *Infections of the Fetus and the Newborn Infant*. (eds Krugman S, Gershon AE).
Alan R Liss Inc, 1975, pp 133-157

Ardouin M (modérateur):
Table ronde sur la toxoplasmose congénitale.
Arch Opthalmol (Paris) 37: 237-240, 1977

Desmonts G:
Definitive serological diagnosis of ocular toxoplasmosis.
Arch Ophthalmol 76: 839-851, 1966

• Desmonts G, Couvreur J:
Congenital toxoplasmosis. A prospective study of 378 pregnancies.
N Engl J Med 290: 1110-1116, 1974

Fletcher S:
Indirect fluorescent antibody technique in the serology of *toxoplasma gondii*.
J Clin Path 18: 193-199, 1965

Greydanus DE, Noble KG, Hofmann AD:
Chorioretinitis in the adolescent: two case presentations with discussion.
Pediatrics 60: 884-892, 1977

• Krick JA, Remington JA:
Toxoplasmosis in the adult. An overview.
N Engl J Med 298: 550-553, 1978

Remky H:
Etiological diagnosis of endogenous uveitis.
Int Ophthalmol Clin 5: 789-822, 1965

Roux C, Desmont G, Mulliez N et al.:
Toxoplasmose et grossesse. Bilan de deux ans de prophylaxie de la toxoplasmose congénitale à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine (1973-1974).
J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 5: 249-264, 1976

Ruitenberg EJ, Brosi BJ, Steerenberg PA:
Direct measurement of microplates and its application to enzyme-linked immunosorbent assay.
J Clin Microbiol 3: 541-542, 1976

Stagno S, Reynold DW, Amos CS et al.:
Auditory and visual defects resulting from symptomatic and subclinical congenital cytomegaloviral and toxoplasma infections.
Pediatrics 59: 669-678, 1977

Van Knapen F, Panggabean SO:
Detection of circulating antigen during acute infections with *toxoplasma gondii* by enzyme-linked immunosorbent assay.
J Clin Microbiol 6: 545-547, 1977

• Viens P, Auger P, Villeneuve R et al.:
Serological survey for congenital toxoplasmosis among 4 136 pregnant women.
Trans R Soc Trop Med Hyg 71: 136-139, 1977

• Viens P, Morisset R, Stefanescu I et al.:
La toxoplasmose en milieu québécois. I. Résultats d'une enquête séro-épidémiologique par la technique d'immunofluorescence.
Union Med Can 102: 2072-2077, 1973

23. Maladies parasitaires autres que la toxoplasmose

• Matsen JM, Turner JA:
Reinfection in enterobiasis. (Pinworm infection). Simultaneous treatment of family members.
Am J Dis Child 118: 576-581, 1969

• Simon RD:
Pinworm infestation and urinary tract infection in young girls.
Am J Dis Child 128: 21-22, 1974

24. Blennorragie

Brown L, Copeloff MB, Peacock WL:
Study of gonorrhea in treated and untreated asymptomatic women as determined by fluorescent antibody and culture methods. II. Teen-age and young adults confined.
Am J Obstet Gynecol 84: 753-757, 1962

Caleonescu M, Larose G, Birry A et al.:
Genital infection in juvenile delinquent females.
Br J Vener Dis 49: 72-77, 1973

• Cooper DL, Bernstein GS, Ivler D et al.:
Gonorrhea screening program in a women's hospital out-patient department: results and analysis of risk factors.
J Am Vener Dis Assoc 3 (2 PT 1): 71-75, 1976

Feng WC, Medeiros AA, Murray ES:
Diagnosis of gonorrhea in male patients by culture of uncentrifuged first-voided urine.
JAMA 237: 896-897, 1977

Jones DE, Brame RG, Jones CP:
Gonorrhea in obstetric patients.
J Am Vener Dis Assoc 2 (3): 30-32, 1976

Keith L, Berer GS, Moss W:
Cervical gonorrhea in women using different methods of contraception.
J Am Vener Dis Assoc 3 (1): 17-19, 1976

• Rendtorff RC, Curran, JW, Chandler RW et al.:
Economic consequences of gonorrhea in women: experience from an urban hospital.
J Am Vener Dis Assoc 1 (1): 40-47, 1974

Ritchey MG:
Venereal disease among homosexuals (letter).
JAMA 237: 767, 1977

Rothenberg RB, Simon R, Chipperfield E et al.:
Efficacy of selected diagnostic tests for sexually transmitted diseases.
JAMA 235: 49-51, 1976

• Silverstone PI, Snodgrass CA, Wigfield AS:
Value of screening for gonorrhoea in obstetrics and gynaecology.
Br J Vener Dis 50: 53-56, 1974

Stage AH, Brook GG, Sanders ZG et al.:
A retrospective study on the effectiveness of a screening effort to reduce the complications of gonorrhea.
J Am Vener Dis Assoc 3 (2 Pt 1): 61-64, 1976

Youmans JB (ed):
Syphilis and other venereal diseases.
Med Clin North Am 48 (3): 571-809, 1964

25. Syphilis

Gjestland T:
The Oslo study of untreated syphilis.
Acta Derm Venereol Supl (Stockh) 35 (suppl 34): 11-368, 1955

• Ritchey MG, Leff AM:
Venereal disease control among homosexuals.
JAMA 232: 509-510, 1975

Youmans JB (ed):
Syphilis and other venereal diseases.
Med Clin North Am 48(3): 571-809, 1964

26. Infection génitale par la chlamydia

• Darougar S:
Immunology of chlamydia in *Sexually Transmitted Diseases*. (eds Catterall RN, Nicol CS).
Academic Press, 1976, pp 111-120

• Embil JA, Ozere RL, Macdonald SW:
Chalamydia trachomatis and pneumonia in infants: report of two cases.
Can Med Assoc J 119: 1199-1203, 1978

• Richmond SJ, Sparling PF:
Genital chlamydial infections.
Am J Epidemiol 103: 428-435, 1976

Schachter J:
Chlamydial infections.
N Engl J Med 298: 428-435, 490-495, 540-549, 1978

27. Infections par le virus du groupe herpès de type 2 et infections à cytomégalovirus

• Amstey MS:
Genital herpes virus infection.
Clin Obstet Gynecol 18: 89-100, 1975

Jack I:
Persistent infections with herpes viruses.
Prog Med Virol 18: 160-177, 1974

• Josey WE, Nahmias AJ, Naib ZM:
The epidemiology of type 2 (genital) herpes simplex virus infection.
Obstet Gynecol Surv 27 (suppl): 295-302, 1972

28. Insuffisance pondérale du nouveau-né

• Donovan JW:
Randomised controlled trial of anti-smoking advice in pregnancy.
Br J Prev Soc Med 31: 6-12, 1977

King JC, Calloway DH, Margen S:
Nitrogen retention, total body 40 K and weight gain in teenage pregnant girls.
J Nurt 103: 772-785, 1973

• Lecktig A et al.:
Influence of food supplementation during pregnancy on birthweight in rural Guatamala.
Proc IX International Congress on Nutrition, Basle, S Kargar, 1974

• Meyer MB, Jonas BS, Tonascia JA:
Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy.
Am J Epidemiol 103: 464-476, 1976

• Singer JE, Westphal M, Niswander K:
Relationship of weight gain during pregnancy to birth weight and infant growth and development in the first year of life. A report from the collaborative study on cerebral palsy.
Obstet Gynecol 31: 417-423, 1968

• Winick M:
Cellular growth in intrauterine malnutrition.
Pediatr Clin North Am 17: 69-78, 1970

Yerushalmy J:
Infants with low birth weight born before their mothers started to smoke cigarettes.
Am J Obstet Gynecol 112: 277-284, 1972

29. Malnutrition

A committee report:
Assessment of protein nutritional status.
Am J Clin Nutr 23: 807-819, 1970

Alleyne GAO, Flores H, Picou DIM et al.:
Metabolic changes in children with protein-calorie malnutrition, in *Nutrition and Development*. (ed Winick M).
Wiley, 1972, pp 201-238

Anonyme:
Comité d'experts sur l'appréciation médicale de l'état de nutrition.
OMS: Série de rapports techniques no 258, 1963.

Berg A, Scrimshaw NS, Call DL (Eds):
International Conference on Nutrition, National Development and Planning.
MIT Press, 1973

Berg A, Scrimshaw NS, and Call DL (eds):
Nutrition, National Development and Planning.
MIT Press, 1973

• Bergner L, Susser MW:
Low birth-weight and prenatal nutrition: an interpretative review.
Pediatrics 46: 946-966, 1970

Butterworth, CE, Blackburn GL:
Hospital malnutrition.
Nutr Today 10 (2): 8-18, 1975

Carlson LA (ed), Molin S (asst):
Nutrition in Old Age.
Swedish Nutrition Foundation Symposia, Almqvist, 1972

Comité mixte FAO/OMS d'experts de la nutrition Huitième rapport, 1971.
OMH: Série de rapports techniques no 477, 1971.

• Committee on maternal nutrition, food and nutrition board, NRC, NAS:
Maternal Nutrition and the Course of Pregnancy, Summary Report.
(Phs Publ 2114) US Govern Printing Office, 1970

Cravioto J, De Licardie ER:
Nutrition and behavior and learning.
World Rev Nutr Diet 16: 80-96, 1973

Davidson S, Passmore R, Brock JF:
Human Nutrition and Dietetics. (5th ed).
Williams and Wilkins, 1972

Dibble MV, Brin M, Thiele VF et al.:
Evaluation of nutritional status of elderly subjects, with a comparison between fall and spring.
J Am Geriatr Soc 15: 1031-1061, 1967

• Direction générale de la protection de la santé:
Standards de nutrition au Canada. 1975.
Gouvernement du Canada, 1976 (cat. no. H58-26/1975)

Éditorial:
Cellular immunity and malnutrition.
Nutr Rev 30: 253-255, 1972

Éditorial:
Maternal nutrition and fetal growth.
Nutr Rev 32: 241-243, 1974

Exton-Smith AN:
Physiological aspects of aging: relationship to nutrition.
Am J Clin Nutr 25: 853-859, 1972

Fomon SJ:
Infant Nutrition. (2nd ed).
Saunders, 1974

Fomon SJ:
Nutritional Disorders of Children: Prevention, Screening, and Follow-up.
DHEW Publ no (HSA) 77-5104, 1976

Guthrie HA, Owen GA, Guthrie GM:
Factor analysis of measures of nutritional status of preschool children.
Am J Clin Nutr 26: 497-502, 1973

Heald FP:
Adolescent nutrition and Growth.
Appleton-Century Crofts, 1969

Huenemann RL:
A review of teenage nutrition in the U.S.
Health Serv Rep 87: 823-829, 1973

Hytten FE, Leitch I:
The Physiology of Human Pregnancy. (2nd ed).
Blackwell Scientific Publ, 1971

Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defence:
Manual for Nutrition Surveys. (2nd ed).
US Government Publications, 1963

• Jelliffe DB:
Nutrition in Early childhood, in *Food, Nutrition and Health.*
(ed Rechcigl MJR).
World Rev Nutr Diet 16: 1-21, 1973

Jellife DB:
Appréciation de l'état nutritionnel des populations, principalement par voie d'enquête dans les pays en voie de développement.
OMS: Série de monographies, no 53, 1968.

Jordan VE:
Protein status of the elderly as measured by dietary intake, hair tissue and serum albumin.
Am J Clin Nutr 29: 522-528, 1976

• Maternal and Child Health Service:
Screening Children for Nutritional Status. Suggestions for child health programs.
(DHEW Publ No 2158) US Govern Printing Office, 1971

• McKigney JI, Munro HN (eds):
Nutrient Requirements in Adolescence.
MIT Press, 1976

McLaren DS:
Undernutrition, in *Food, Nutrition and Health.* (ed Rechcigl M/JR).
World Rev Nutr Diet 16: 141-178, 1973

McLaren DS, Burman D:
Textbook of Paediatric Nutrition.
Churchill, 1976

• Nutrition Canada, enquête nationale.
Rapport de Nutrition Canada au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
Ottawa, 1973 (cat no H58-36/1973)

Pelcovits J:
Nutrition to meet the human needs of older Americans.
J Am Diet Assoc 60: 297-300, 1972

Rapport d'un comité spécial mixte FAO/OMS d'experts.
Besoins énergétiques et besoins en protéines.
OMS: Série de rapports techniques no 522, 1973.

Rush D:
Maternal nutrition during pregnancy in industrialized societies.
Am J Dis Child 129: 430-434, 1975

Sandstead HH, Carter JP, Darey WJ:
How to diagnose nutritional disorders in daily practice.
Nutr Today 4: 20-25, 1969

Sauberlich HE, Dowdy RP, Skala JH:
Laboratory Tests for the Assessment of Nutritional Status.
CRC Press, 1974

• Schlenker ED, Feurig JS, Stone LH et al.:
Nutrition and health of older people.
Am J Clin Nutr 26: 1111-1119, 1973

Sinclair JC, Saigal S:
Nutritional influences in industrial societies.
Am J Dis Child 129: 549-553, 1975

Snyderman SE, Holt LE Jr.:
Nutrition in infancy and adolescence, in *Modern Nutrition in Health and Disease.*
(5th ed). (eds Goodhart RS, Shills ME).
Lee and Fabiger, 1973, pp 659-680

Symposia of the Swedish Nutrition Foundation:
Nutrition in Preschool and School Age.
Almqvist and Wiksell, 1969

• Thomson AM, Hytten FE:
Nutrition during pregnancy, in *Food, Nutrition and Health.* (ed Rechcigl MJR).
World Rev Nutr Diet 16: 22-45, 1973

Viteri FE, Arroyave G:
Protein-calorie malnutrition in *Modern Nutrition in Health and Disease.* (5th ed).
(eds Goodhart RS, Shills ME).
Lee and Fabiger, 1973, pp 604-624

Waterlow JC:
Classification and definition of protein-calorie malnutrition.
Br Med J 3: 566-569, 1972

Watkin DM:
Nutrition for the aging and the aged, in *Modern Nutrition in Health and Disease.*
(5th ed). (eds Goodhart RS, Shills ME).
Lee and Fabiger, 1973, 681-710

Watson E, Lowrey G:
Growth and Development of children. (5th ed).
Year Book Med Publ, 1967

Winick M (ed):
Nutrition and Development.
Wiley, 1972

Young VR, Perera WD, Winterer JC et al.:
Protein and aminoacid requirements of the elderly, in *Nutrition and Aging.* (ed Winick M).
Wiley, 1976, pp 77-118

• Zerfas AJ, Shorr IJ, Neumann CG:
Office assessment of nutritional status.
Pediatr Clin North Am 24: 253-272, 1977

30. Obésité chez les enfants

Borjeson M:
The aetiology of obesity in children: a study of 101 twin pairs.
Acta Paediatr Scand 65: 279-287, 1976

Brook CGD, Lloyd JK, Wolf OH:
Relation between age of onset of obesity and size and number of adipose cells.
Br Med J 2: 25-27, 1972

Canning H, Mayer J:
Obesity – its possible effects on college acceptance.
N Engl J Med 275: 1172-1174, 1966

Eid EE:
Follow-up study of physical growth of children who had excessive weight gain in the first 6 months of life.
Br Med J 2: 74-76, 1970

• Garn SM, Clark DC:
Trends in fatness and the origin of obesity.
Ad hoc committee to review the ten-state nutrition survey.
Pediatrics 57: 443-456, 1976

Griffith M, Payne PR:
Energy expenditure in small children of obese and nonobese parents.
Nature 260: 698-700, 1976

• Knittle JL:
Childhood obesity.
Bull NY Acad Med 47: 579-589, 1971

Lincoln JE:
Calorie intake, obesity, and physical activity.
Am J Clin Nutr 25: 390-394, 1972

• Mann GV:
The influence of obesity on health.
N Engl J Med 291: 178-185, 226-232, 1974

Mellbin T, Vuille JC:
Physical development at 7 years of age in relation to the velocity of weight gain in infancy with special reference to incidence of overweight.
Br J Prev Soc Med 27: 225-235, 1973

Mellbin T, Vuille JC:
Weight gain in infancy and physical development between 7 and 10½ years of age.
Br J Prev Soc Med 30: 233-238, 1976

Poskitt EME, Cole TJ:
Do fat babies stay fat?
Br Med J 1: 7-9, 1977

Richardson SA:
Research report: handicap, appearance and stigma.
Soc Sci Med 5: 621-628, 1971

Rorcari DAK, Van RLR:
Adipose tissue cellularity and obesity: new perspectives.
Clin Invest Med 1: 71-80, 1978

• Seltzer CC, Mayer J:
An effective weight control program in a pubic school system.
Am J Public Health 60: 679-689, 1970

Shukla A, Forsyth HA, Anderson CM et al.:
Infantile overnutrition in the first year of life: a field study in Dudley, Worcestershire.
Br Med J 4. 507-515, 1972

Stunkard A, D'Aquili E, Fox S:
Influence on social class on obesity and thinness in children.
JAMA 221: 579-584, 1972

Tait: LS:
Infantile overnutrition among artificially fed infants in the Sheffield region.
Br Med J 1: 315-316, 1971

31. Troubles de croissance hormonaux)

Anderson FP:
Evaluation of the routine physical examination of infants in the first year of life.
Pediatrics 45: 950-960, 1970

• Committee on Standards of Child Health Care
Standards of child health care. (2nd ed).
Am Acad Pediatr, 1977

Dussault JH, Letarte J, Guyda H et al.:
Thyroid function in neonatal hypothyroidism
J Pedatr 89: 541-544, 1976

Gardner LI (ed):
Endocrine and Genetic Diseases of Childhood and Adolescence. (2nd ed).
Saunders, 1975

• Guyda H, Friesen H, Bailey JD et al.:
Medical Research Council of Canada. Therapeutic trial of human growth hormone: first 5 years of therapy.
Can Med Assoc J 112: 1301-1309, 1975

Hayles AB:
Human Growth Hormone. (editorial).
Can Med Assoc J 112: 1282, 1975

• Lacey KA, Parkin JM:
Causes of short stature: a community study of children in Newcastle-upon-Tyne.
Lancet 1: 42-45, 1974

• McClelland CQ, Burns AE:
Current concepts of screening in pediatrics.
Paediatrician 5: 107-140, 1976

Prader A, Tanner JM, Von Harnack GA:
Catch-up growth following illness or starvation: an example of developmental canalization in man.
J Pediatr 62: 646-659, 1963

• Tanner JM, Whitehouse RH, Hughes PCR et al.:
Effect of human growth hormone treatment for 1 to 7 years on growth of 100 children, with growth hormone deficiency, low birthweight, inherited smallness, Turner's syndrome, and other complaints.
Arch Dis Child 46: 745-782, 1971

Yankauer A, Lawrence RA:
A study of periodic school medical examinations. I. Methodology and initial findings.
Am J Public Health 45: 71-78, 1955

32. Problèmes parentaux y compris l'enfance maltraitée et négligée

Ainsworth MDS, Bell SM:
Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation, in *Stimulation in Early Infancy*. (ed Ambrose A).
Academic Press, 1969, pp 133-170

• Baldwin JA, Oliver JE:
Epidemiology and family characteristics of severely abused children.
Br J Prev Soc Med 29: 205-221, 1975

Blank M:
The mother's role in infant development.
J Am Acad Child Psychiatry 3: 89-105, 1964

Brazelton TB:
Discussants' comments, in *Intervention Strategies for High Risk Infants and Young Children*. (ed Jussem TD).
Univ Park Press, 1976, (NICHD – Mental retardation research centers series).
pp 325-331

Brazelton TB:
Neonatal Behavioral Assessment Scale.
Heinemann Med Books, 1973

• Brazelton TB:
Symposium on behavioral pediatrics. Anticipatory guidance.
Pediatr Clin North Am 22: 533-544, 1975

Brody S:
Patterns of Mothering.
Int Univ Press, 1956

Brown GW, Bhrolchain MN, Harris T:
Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population.
Sociology 9: 225-254, 1975

Caldwell BM:
The effetcs of infant care, in *Review of Child Development Research*. Vol 1. (eds Hoffman ML, Hoffman LW).
Russell Sage Foundation, 1964, pp 9-87

Caplan G:
An Approach to Community Mental Health.
Tavistock Publ, 1961

Cooper JD (Chairman):
Family in society. Dimensions of Parenthood. (Report of a seminar held at All Souls College, Oxford, April 10-13, 1973).
HMSO, 1974

Cullen KJ:
A six year controlled trial of prevention of children's behavior disorders.
J Pediatr 88: 662-666, 1976

Doering SG, Entwisle DR:
Preparation during pregnancy and ability to cope with labor and delivery.
Am J Orthopsychiatry 45: 825-837, 1975

Elmer E:
A follow-up study of traumatized children.
Pediatrics 59: 273-279, 1977

• Frommer EA, O'Shea G:
Antenatal identification of women liable to have problems in managing their infants.
Br J Psychiatry 123: 149-156, 1973

Frommer EA, O'Shea G:
The importance of childhood experience in relation to problems of marriage and family building.
Br J Psychiatry 123: 157-160, 1973

• Galdston R:
Dysfunction of parenting: the battered child, the neglected child, the exploited child in *Modern Perspectives in International Child Psychiatry*. (ed Howells JG).
Oliver and Boyd, 1969, pp 571-588

Gil DG:
Hearings before the U.S. Senate Subcommittee on Children and Youth on the "Child Abuse Prevention Act" S. 1911 (93rd Congress, 1st session, March 26, 1973).
J Clin Child Psychol 2: 7-10, 1973

• Gray J, Cutler C, Dean J et al.:
Perinatal assessment of mother-baby interaction, in *Child Abuse and Neglect: the Family and the Community*. (eds Helfer RE, Kempe CH).
Ballinger, 1976, pp 377-392

Gray JD, Cutler CA, Dean JG et al.:
Prediction and prevention of child abuse and neglect.
Child Abuse Neglect 1: 45-58, 1977

Helfer RE:
Basic issues concerning prediction, in *Child Abuse and Neglect: the Family and the Community*. (eds Helfer RE, Kempe CH).
Ballinger, 1976, pp 363-375

Helfer RE, Kempe CH:
The child's need for early recognition, immediate care and protection, in *Helping the Battered Child and his Family.* (eds Kempe CH, Helfer RE).
Lippincott, 1972

• Helfer RE, Kempe CH (eds):
Child Abuse and Neglect: the Family and the Community.
Ballinger, 1976

Hutt, SJ, Lenard HG, Prechtl HFR:
Psychophysiological studies in newborn infants.
Adv Child Dev Behav 4: 127-172, 1969

Jacobs J (ed):
Child Abuse, Neglect, Deprivation and the Family Syndrome.
Mental health committee Canadian Pediatric Society, 1976

Jobling M:
The Abused Child: an annotated bibliography.
National Children's Bureau, London, 1976

Johnson CA, Katz RC:
Using parents as change agents for their children: a review.
J Child Psychol Psychiatry 14: 181-200, 1973

Kempe CH:
Paediatric implications of the battered baby syndrome.
Arch Dis Child 46: 28-37, 1971

Kempe CH, Helfer RE:
Helping the Battered Child and his Family.
Lippincott, 1972

Klaus MH, Jerauld R, Kreger MC et al.:
Maternal attachment: importance of the first post-partum days.
N Engl J Med 286: 460-463, 1972

• Klaus MH, Kennell JH:
Maternal-infant Bonding. The Impact of Early Separation or Loss on Family Development.
Mosby, 1976

Klaus MH, Kennell JH:
Mothers separated from their newborn infants.
Pediatr Clin North Am 17: 1015-1037, 1970

• Klein M, Stern L:
Low birth weight and the battered child syndrome.
Am J Dis Child 122: 15-18, 1971

Levy DM:
Behavioral analysis; Analysis of Clinical Observations of Behavior as Applied to Mother-Newborn Relationships.
Blackwell Scientific Publ, 1958

Levy DM:
Maternal overprotection.
Columbia Univ Press, 1947

Light RJ:
Abused and neglected children in America: a study of alternative policies.
Harvard Educ Rev 43: 556-598, 1973

Lopata HZ:
Occupation: Housewife.
Oxford Univ Press, 1971

Lozoff B, Brittenham GM, Trause MA et al.:
The mother-newborn relationship: limits of adaptability.
J Pediatr 91: 1-12, 1977

Lynch M:
Risk factors in the child: a study of abused children and their siblings, in *the Abused Child: a Multidisciplinary Approach to Developmental Issues and Treatment.* (ed Martin HP).
Ballinger, 1976, pp 43-56

Manciaux M, Deschamps G, Klein O:
Prediction of child abuse.
Child Abuse Neglect 1: 59-61, 1977

Martin HP:
Which children get abused: high-risk factors in the child, in *the Abused Child: a Multidisciplinary Approach to Developmental Issues and Treatment*
(ed Martin HP).
Ballinger, 1976, pp 27-41

Monaghan SM, Couper-Smartt J:
Experience of an anticipatory management programme for potential child abuse and neglect or "An exercise in caring to enable loving"
Child Abuse Neglect 1: 63-69, 1977

Prinkle MLK:
The Needs of Children: a Personal Perspective for the Department of Health and Social Security.
Hutchinson, 1974

Neligan GA, Kolvin I, Scott DM et al.:
Born too soon or born too small, a follow-up study to seven years of age.
Clin Developmental Med (no. 61), Lippincott, 1976

Nuckolls KB, Cassel J, Kaplan BH:
Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy.
Am J Epidemiol 95: 431-441, 1972

Renvoize J:
Children in Danger.
Rootledge, 1974

Richards MP:
Social interaction in the first weeks of human life.
Psychiatr Neurol Neurochir 74: 35-42, 1971

Richman N:
Depression in mothers of pre-school children.
J Child Psychol Psychiatry 17: 75-78, 1976

Robinson K (Président):
L'enfance maltraitée et négligée: rapport à la Chambre des communes.
Ottawa, 1976.
(Cat. no XC28-301/1-65-1)

Rothenberg MB:
Opportunities for psychological prophylaxis in the neonatal period – a checklist for the practising pediatrician.
Clin Pediatr (Phila) 15: 53-56, 1976

Rutter M:
Children of sick parents: an Environmental and Psychiatric Study.
Oxford Univ Press, 1966 (Inst Psychiatry Maudsley monograph 16)

Rutter M:
Helping Troubled Children.
Plenum Press, 1975

Rutter M:
Maternal Deprivation Reassessed.
Penguin Books, 1972

Schaffer R:
Mothering.
Harvard Univ Press, 1977

Scott JP, Senay E (eds):
Separation and Depression: Clinical and Research Aspects.
AAAS, 1974

• Smith SM, Hanson R:
134 battered children: a medical and psychological study.
Br Med J 3: 666-670, 1974

Steinmetz SK, Strauss MA (eds):
Violence in The Family.
Dodd, Mead, 1974

Stern DN:
A micro-analysis of mother-infant interaction. Behavior regulating social contact between a mother and her 3-month-old twins.
J Am Acad Child Psychiatry 10: 501-517, 1971

Thomas A, Chess S, Birch HG:
Temperament and Behavior Disorders in Children.
New York Univ Press, 1968

Thomas A, Chess S, Birch HG:
The origin of personality.
Sci Am 223: 102-109, 1970

• Van Stolk M:
The Battered Child in Canada.
McClelland and Stewart, 1972

Zinkin P, Goldstein H:
Ethical aspects of epidemiology studies.
Child Care Health Dev 1: 107-112, 1975

33. Hyperactivité et difficultés d'apprentissage

• Arnold LE, Barnebey N, McManus J et al.:
Prevention by specific perceptual remediation for vulnerable first-graders. Controlled study and follow-up of lasting effects.
Arch Gen Psychiatry 34: 1279-1294, 1977

Arnold LE, Wender PH, McCloskey K et al.:
Levoamphetamine and dextroamphetamine: comparative efficacy in the hyperkinetic syndrome; assessment by target symptons.
Arch Gen Psychiatry 27: 816-822, 1972

Bakker DJ, Satz P (eds):
Specific Reading Disability: Advances in Theory and Method.
Rotterdam Univ Press, 1970

Benton AL:
Minimal brain dysfunction from a neuropsychological point of view.
Ann NY Acad Sci 205: 29-37, 1973

Berger, M, Yule W, Rutter M:
Attainment and adjustment in two geographical areas. II. The prevalence of specific reading retardation.
Br J Psychiatry 126: 510-519, 1975

Berkowitz BP, Graziano AM:
Training Parents as Behavior Therapists: a Review, in Behavior Therapy with Children.
Vol II. (ed Graziano AM).
Aldine, 1975, pp 443-467

Birch HG (ed):
Brain Damage in Children.
Williams and Wilkins, 1964

Blackwell B, Currah J:
The Psychopharmacology of Nocturnal Enuresis, in *Bladder Control and Enuresis.*
(eds Kolvin I, Mackeith RC, Meadow SR).
Spastics Int Med Pub, 1973, (Clin Development no 48/49)

Boder E:
Developmental dyslexia: a diagnostic approach based on three atypical reading-spelling patterns.
Dev Med Child Neurol 15: 663-687, 1973

Bryan TS:
An observational analysis of classroom behaviors of children with learning disabilities.
J Learn Disabil 7: 26-34, 1974

• Cantwell DP (ed):
The Hyperactive Child: Diagnosis, Management, Current Research.
Spectrum Publ, 1975

Capute AJ, Niedermeyer EF, Richardson F:
The electroencephalogram in children with minimal cerebral dysfunction.
Pediatrics 41: 1104-1114, 1968

Commission on Emotional and Learning disorders in Children.
One Million children.
Crainford, 1970

Cohen NJ, Weiss G, Minde K:
Cognitive styles in adolescents previously diagnosed as hyperactive.
J Child Psychol Psychiatry 13: 203-209, 1972

Conners CK:
Recent drug studies with hyperkinetic children.
J Learn Disabil 4: 476-483, 1971

Connors CK, Taylor E, Meo G et al.:
Magnesium pemoline and dextroamphetamine: a controlled study in children with minimal brain dysfunction.
Psychopharmacologia 26: 321-336, 1972

Crichton J, Kendall D, Catterson J et al.:
Learning Disabilities, a Practical Office Manual.
Canadian Pediatric Society, Victoria, B.C.
Morris Printing, 1972

Cullen KJ:
A six year controlled trial of prevention of children's behavior disorders.
J Pediatr 88: 662-666, 1976

Dare C:
Dynamic treatments, in Child Psychiatry: Modern Approaches. (eds Rutter M, Hersov L).
Blackwell Scientific Publ, 1976, pp 949-966

De Hirsch K, Jansky JJ, Langford WS:
Predicting Reading Failure: a Preliminary Study of Reading, Writing, and Spelling Disabilities in Preschool Children.
Harper, 1966

Douglas VI:
Are drugs enough? To treat or to train the hyperactive child.
Int J Mental Health 4: 199-212, 1975

Drake WE:
Clinical and pathological findings in a child with a developmental learning disability.
J Learn Disabil 1: 486-502, 1968

Gaddes WH:
A neuropsychological approach to learning disorders.
J Learn Disabil 1: 523-534, 1968

• Gittelman-Klein R:
Recent Advances in Child Psychopharmacology.
Human Sciences Press, 1976

Graham P:
Management in child psychiatry: recent trends.
Br J Psychiatry 129: 106-107, 1976

Gray JD, Cutler CA, Dean JG et al.:
Prediction and prevention of child abuse and neglect.
Child Abuse Neglect 1: 45-58, 1977

Green JB:
Association of behaviour disorder with an EEG focus in children without seizures.
Neurology 11: 337-344, 1961

Grunewald-Zuberbier E, Grunewald G, Rasche A:
Hyperactive behaviour and EEG arousal reactions in children.
Electroencephalogr Clin Neurophysiol 38: 149-159, 1975

Johnson CA, Katz RC:
Using parents as change agents for their children: a review.
J Child Psychol Psychiatry 14: 181-200, 1973

Kenny TJ, Clemmens RL:
Behavioral Pediatrics and Child Development. A clinical Handbook.
Williams and Wilkins, 1975

Kinsbourne M:
Minimal brain dysfunction as a neurodevelopmental lag.
Ann NY Acad Sci 205: 268-273, 1973

Kinsbourne M, Warrington EK:
The developmental Gerstmann syndrome.
Arch Neurol 8: 490-501, 1963

Knights RM, Bakker DJ (eds):
The Neurophychology of Learning Disorders. Theoretical Approaches.
Univ Park Press, 1976

Knights RM, Hinton GG:
The effects of methylphenidate (ritalin) on the motor skills and behavior of children with learning problems.
J Nerv Ment Dis 148: 643-653, 1969

Kolata GB:
Childhood hyperactivity: a new look at treatments and causes.
Science 199: 515-517, 1978

Marcel T, Katz L, Smith M:
Laterality and reading proficiency.
Neuropsychologia 12: 131-139, 1974

Millichap JG, Boldrey EE:
Studies in hyperkinetic behavior. II. Laboratory and clinical evaluation of drug treatment.
Neurology 17: 467-471, 1967

Nelson HE, Warrington EK:
Developmental spelling retardation and its relation to other cognitive abilities.
Br J Psychol 65: 265-274, 1974

Paine RS:
Minimal chronic brain syndromes in children.
Dev Med Child Neurol 4: 21-27, 1962

Pizzamiglio L, Cecchini M:
Development of hemispheric dominance in children from 5 to 10 years of age and their relations with the development of cognitive processes.
Brain Res 31: 363-364, 1971

Robins LN:
Follow-up studies investigating childhood disorders, *in Psychiatric Epidemiology*. (eds Hare EH, Wing JK).
Oxford Univ Press, 1970, pp 29-68

Rutter M, Yule W:
The concept of specific reading retardation.
J Child Psychol Psychiatry 16: 181-197, 1975

Safer DJ, Allen RP, Barr E:
Growth rebound after termination of stimulant drugs.
J Pediatr 86: 113-116, 1975

Satterfield JH, Lesser LI, Saul RE et al.:
EEG aspects in the diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction.
Ann NY Acad Sci 205: 274-282, 1973

Satz P, Friel J, Goebel R:
Some predictive antecedents of specific reading disability: a three-year follow-up.
Bull Orton Soc 25: 91-110, 1975

Sprague RL, Barnes KR, Werry JS:
Methylphenidate and thioridazine: learning reaction time, activity, and classroom behavior in disturbed children.
Am J Orthopsychiatry 40: 615-628, 1970

Sprague RL, Sleator EK:
Drugs and dosages: implications for learning disabilities *in Neuropsychology of Learning Disorders: Theoretical Approaches*. (eds Knights RM, Bakker (DJ).
Univ Park Press, 1976, pp 351-366

Sprague RL, Sleator EK:
Effects of psychopharmacologic agents on learning disorders.
Pediatr Clin North Am 20: 719-735, 1973

Trites RL, Fiedorowicz C:
Follow-up Study of Children with Specific (or Primary) Reading Disability, in *Neuropsychology of Learning Disorders: Theoretical Approaches*. (eds Knights RM, Bakker DJ).
Univ Park Press, 1976, pp 41-50

Weiss G, Minde K, Werry JS et al.:
Studies on the hyperactive child: a five-year follow-up.
Arch Gen Psychiatry 24: 409-414, 1971

Wells RA, Dilkes TC, Trivelli N:
The results of family therapy: a critical review of the literature.
Fam Process 11: 189-207, 1972

Wender PH:
Minimal Brain Dysfunction in Children.
Wiley, 1971

34. Troubles familiaux, problèmes conjugaux et sexuels

Annon JS:
The behavioral treatment of sexual problems.
Vol 1. Brief therapy.
Enabling Systems, 1975

Bloch DA (ed):
Techniques of Family Psychotherapy: a Primer.
Grune, 1973

Cromwell R, Olsen D, Fournier D:
Tools and techniques for diagnosis and evaluation in marital and family therapy.
Fam Process 15: 1-49, 1976

Glick I, Haley J:
Family Therapy and Research; an annotated bibliography of articles and books published 1950-1970.
Grune, 1971

Glick I, Kessler DR:
Marital and Family Therapy.
Grune, 1974

Haley J, Hoffman L:
Techniques of Family Therapy.
Basic Books, 1967

Kadushin P:
Toward a family diagnostic system.
Fam Coordinator 20: 279-289, 1971

Laing RD:
The Politics of the Family and other Essays.
Pantheon Books, 1971

Lennard HL, Bernstein A:
Patterns in Human Interaction. An introduction to Clinical Sociology.
Jossey-Bass, 1969

Masters W, Johnson VE:
Human Sexual Inadequacy.
Little, Brown, 1970

Miller FJW, Court SDM, Walton WS et al.:
Growing up in Newcastle-upon-Tyne.
Oxford Univ Press, 1960

Minuchin S:
Families and Family Therapy.
Harvard Univ Press, 1974

• Pless IB, Satterwhite B:
A measure of family functioning and its application.
Soc Sci Med 7: 613-621, 1973

• Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS:
Indices statistiques de la santé de la famille.
OMS: Série de rapports techniques no 587, 1976.

Singer-Kaplan H:
New sex therapy: active treatment of sexual dysfunctions.
Quadrangle, 1974

• Skynner ACR:
Systems of Family and Marital Psychotherapy.
Brunner-Mazel, 1976

• Smilkstein G:
The family Apgar: a proposal for a family function test and its use by physicians.
J Fam Pract 6: 1231-1239, 1978

Spence AK, Mann J:
Office Sex Counseling in *Office Gynecology*. (ed Glass RH).
Williams and Wilkins, 1976, pp 144-177

Spence J, Walton WS, Miller FJW et al.:
A Thousand Families in Newcastle-upon-Tyne. An Approach to the Study of Health and Illness in Children.
Oxford Univ Press, 1954

Watzlawick P:
A structured family interview
Fam Process 5: 256-271, 1966

35. Troubles psychiatriques (troubles affectifs et suicide)

• Anonyme:
The current status of lithium therapy: report of the APA task force.
Am J Psychiatry 132: 997-1001, 1975

• Anonyme:
The Royal College of Psychiatrists memorandum on the use of electroconvulsive therapy.
Br J Psychiatry 131: 261-272, 1977

• Barraclough BM, Jennings C:
Suicide prevention by the Samaritans: a controlled study of effectiveness.
Lancet 2: 237-238, 1977

Bielski RJ, Friedel RO:
Prediction of tricyclic antidepressant response. A critical review.
Arch Gen Psychiatry 33: 1479-1489, 1976

Clayton PJ, Herjanic M, Murphy GF et al.:
Mourning and depression: their similarities and differences.
Can Psychiatr Assoc J 19: 309-312, 1974

Cole JO, David JM:
Antidepressant drugs, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol 2. (eds Freedman AM, Kaplan HI, Saduck BJ).
Williams and Wilkins, 1975, pp 1941-1956

Eastwood MR:
Screening for psychiatric disorder.
Psychol Med 1: 197-208, 1971

• Eastwood MR, Brill L, Brown JH:
Suicide and prevention centres.
Can Psychiatr Assoc J 21: 571-575, 1976

Eastwood MR, Peacocke J:
Seasonal patterns of suicide, depression and electroconvulsive therapy.
Br J Psychiatry 129: 472-475, 1976

Eastwood MR, Trevelyan MH:
Relationship between physical and psychiatric disorder.
Psychol Med 2: 363-372, 1972

• Goldberg D:
Psychiatric disorders.
Lancet 2: 1245-1248, 1974

Goldberg DP:
The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire.
Oxford Univ Press, 1972 (Maudsley monograph)

Goodwin FK, Ebert MH:
Lithium in mania: clinical trials and controlled studies, in *Lithium. Its Role in Psychiatric Research and Treatment.* (eds Gershon S, Shopsin B).
Plenum Press, 1973, pp 237-252

Hassall C, Trethowan WH:
Suicide in Birmingham.
Br Med J 1: 717-718, 1972

Jones DIR:
Self-poisoning with drugs: the past 20 years in Sheffield.
Br Med J 1: 28-29, 1977

Kennedy P:
Efficacy of a regional poisoning treatment centre in preventing further suicidal behaviour.
Br Med J 4: 255-257, 1972

Kennedy P, Kreitman N, Ovenstone MK:
The prevalence of suicide and parasuicide (attempted suicide) in Edinburgh.
Br J Psychiatry 124: 36-41, 1974

Kessel N:
Self-poisoning. Parts 1 and 2.
Br Med J 2: 1265-1270, 1336-1340, 1965

Kiloh LG, Ball JRB, Garside RF:
Prognostic factors in treatment of depressive states with imipramine.
Br Med J 1: 1225-1227, 1962

Kline NS:
Incidence, prevalence and recognition of depressive illness.
Dis Nerv Syst 37: 10-14, 1976

Kreitman N, Philip AE, Greer S et al.:
Parasuicide. (letter).
Br J Psychiatry 115: 746-747, 1969

La statistique de l'état civil.
Décès 1974, Vol. III.
Statistique Canada (cat. no 84-206).

La statistique de l'état civil.
Mortalité due au suicide. 1950-1968
Statistique Canada (cat. no 84-528 hors série).

McKenna J, Nelson G, Chatterson J et al.:
Chronically and acutely suicidal persons one month after contact with a crisis intervention centre.
Can Psychiatr Assoc J 20: 451-454, 1975

Melia PI:
Prophylactic lithium in recurrent affective disorders: a four year study.
J Irish Med Assoc 63: 353-357, 1970

• Miles CP:
Conditions predisposing to suicide: a review.
J Nerv Ment Dis 164: 231-246, 1977

La prévention du suicide, 1969.
OMS: Cahier de santé publique 35, 1969.

Ovenstone MK, Kreitman N:
Two syndromes of suicide.
Br J Psychiatry 124: 336-345, 1974

Peet M:
Lithium in the acute treatment of mania, in *Lithium Research and Therapy.*
(ed Johnson FN).
Academic Press, 1975, pp 25-41

Pitts FN Jr, Winokur G:
Affective disorder. III. Diagnostic correlates and incidence of suicide.
J Nerv Ment Dis 139: 176-181, 1964

Prien RF, Caffey EM Jr, Klett CJ:
Prophylactic efficacy of lithium carbonate in manic-depressive illness. Report of the Veterans Administration and National Institute of Mental Health collaborative study group.
Arch Gen Psychiatry 28: 337-341, 1973

Ruzicka LT:
Le suicide de 1950 à 1971.
OMS: Rapport de statistiques: 29, no 7, 1976.

Sainsbury P:
The social relations of suicide. The value of a combined epidemiological and case study approach.
Soc Sci Med 6: 189-198, 1972

Sendbuehler JM:
Suicide and attempted suicide among the aged.
Can Med Assoc J 117: 418-419, 1977

Stallone F, Shelley E, Mendlewicz J et al.:
The use of lithium in affective disorders. III. A double-blind study of prophylaxis in bipolar illness.
Am J Psychiatry 130: 1006-1010, 1973

Stengel E:
Suicide and Attempted Suicide.
Penguin Books, 1973

Stengel E, Cook NG:
Attempted Suicide; its Social Significance and Effects.
Chapman, (Maudsley Monographs no 4), 1958

Walk D:
Suicide and community care.
Br J Psychiatry 113: 1381-1391, 1967

Winokur G, Tsuang N:
The Iowa 500: suicide in mania, depression, and schizophrenia.
Am J Psychiatry 132: 650-651, 1975

Wold CI, Litman RE:
Suicide after contact with a suicide prevention center.
Arch Gen Psychiatry 28: 735-739, 1973

36. Tabagisme

Ashford JR:
Smoking and the use of health services.
Br J Prev Soc Med 27: 8-17, 1973

• Committee on youth:
A new approach to teen-age smoking.
Pediatrics 57: 465-466, 1976

Interview:
Giving up smoking: how the various programs work.
Med World News (Nov): 52-57, 1976

Rankin DW, Gray NJ, Hill DJ et al.:
Attitudes and smoking habits of Australian doctors.
Med J Aust 2: 822-824, 1975

• Raw M:
Persuading people to stop smoking.
Behav Res Ther 14: 97-101, 1976

• Rose G:
Physician counseling and personal intervention, in *Smoking and Health. II. Health Consequences, Education, Cessation Activities, and Government Action.* (eds Steinfeld J, Gaffith W, Ball K et al).
Proceedings of the 3rd World Conference on Smoking and Health, 1975, pp 515-523

Schwartz JL:
Research methodology in smoking cessation: a critique, in *Smoking and Health. II. Health Consequences, Education, Cessation, Activities, and Government Action.* (eds Steinfeld J, Gaffith W, Ball K et al).
Proceedings of the 3rd World Conference on Smoking and Health, 1975 pp 649-653

37. Consommation d'alcool

Ashley MJ, Olin JS, Leriche WH et al.:
Morbidity in alcoholics: evidence for accelerated development of physical disease in women.
Arch Intern Med 137: 883-887, 1977

• Baekeland F, Lundwall L, Kissin B:
Methods for the treatment of chronic alcoholism: a critical appraisal, *in Research Advances in Alcohol and Drug Problems.* Vol 2.
(eds Gibbins R, Isreal Y, Kalant H et al).
Wiley, 1975, pp 247-327

Cahalan D, Cisin IH, Crossley HM:
American Drinking Practices. A National Study of Drinking Behavior and Attitudes.
New Brunswick, N.J, Rutgers Center of Alcoholic Studies, 1969

De Lint J:
The epidemiology of alcoholism: the elusive nature of the problem, estimating the prevalence of excessive alcohol use and alcohol-related mortality, current trends and the issue of prevention, *in Alcoholism. a Medical Profile. (Proceedings of the first international Medical Conference on Alcoholism).* (eds Kessel N, Hawker A, Chalke H). Edsall, 1973, pp 75-111

Drew LRH:
Alcoholism as a self-limiting disease.
J Stud Alcohol 29: 965-967, 1968

Edwards G:
Public health implications of liquor control.
Lancet 2: 424-425, 1971

• Edwards G, Orford J, Egert S et al.:
Alcoholism: a controlled trial of "treatment" and "advice".
J Stud Alcohol 38: 1004-1031, 1977

Jones KL, Smith DW, Streissguth AP et al.:
Outcome in offspring of chronic alcoholic women.
Lancet 1: 1076-1078, 1974

Jones KL, Smith DW, Ulleland CN et al.:
Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers.
Lancet 1: 1267-1271, 1973

Kissin B, Begleiter H (eds):
The Biology of Alcoholism. Vol 3. Clinical Pathology.
Plenum Press, 1974

Klatsky AL, Friedman GD, Siegelaub AB et al.:
Alcohol consumption and blood pressure. Kaiser – Permanente multiphasic health examination data.
N Engl J Med 296: 1194-1200, 1977

Krupinski J, Baikie AG, Stoller A et al.:
A community health survey of Heyfield, Victoria.
Med J Aust 1: 1204-1211, 1967

Lelbach WK:
Organic Pathology Related to Volume and Pattern of Alcohol Use, in Research Advances in *Alcohol and Drug Problems.* Vol 1. (eds Gibbins R, Israel Y, Kalant H et al). Wiley, 1974, pp 93-198

• Ouellette EM, Rosett HL, Rosman NP et al.:
Adverse effects on offspring of maternal alcohol abuse during pregnancy.
N Engl J Med 297: 528-530, 1977

Parker ES, Noble EP:
Alcohol consumption and cognitive functioning in social drinkers.
J Stud Alcohol 38: 1224-1232, 1977

• Pell S, D'Alonzo CA:
A five-year mortality study of alcoholics.
J Occupatonal Med 15: 120-125, 1973

Powell WJ, Klatskin G:
Duration of survival in patients with Laennec's cirrhosis. Influence of alcohol withdrawal, and possible effects of recent changes in general management of the disease.
Am J Med 44: 406-420, 1968

• Schmidt W, Popham RE:
Heavy alcohol consumption and physical health problems: a review of the epidemiological evidence.
Drug Alcohol Depend 1: 27-50, 1975/76

Sellers EM:
Alcohol and organic disease: calculation of consumption. (letter).
Can Med Assoc J 114: 109-110, 1976

Silberfarb PM:
Recognizing alcoholism early by physical signs.
Postgrad Med 59 (4): 79-81, 1976

The criteria committee, National Council on Alcoholism: criteria for the diagnosis of alcoholism.
Am J Psychiatry 129: 127-135, 1972

Wilkinson P, Kornaczewski A, Rankin JG et al.:
Physical disease in alcoholism. Initial survey of 1 000 patients.
Med J Aust 1: 1217-1223, 1971

38. Strabisme

Davie R, Butler NR:
From birth to seven: the second report of the national child development survey.
Humanities, 1972

Holt KS:
Infancy and childhood.
Lancet 2: 1057-1060, 1974

• Oliver M:
Screening of pre-school children for ocular anomalies. I. Screening methods and their practicability at different ages. II. Amblyopia: prevalence and therapeutic results at different ages.
Br J Ophthalmol 55: 462-471, 1971

• Tibbenham AD, Peckham CS, Gardiner PA:
Vision screening in children tested at 7, 11, and 16 years.
Br Med J 1: 1312-1314, 1978

39. Vices de réfraction

• Kohn R, White KL (eds):
Health Care: an International Study.
Oxford Univ Press, 1976

• Peckham CS, Gardiner PA, Goldstein H:
Acquired myopia in 11-year-old children.
Br Med J 1: 542-545, 1977

40. Troubles auditifs

Northern J, Downs MP:
Hearing in Children.
Williams and Wilkins, 1974

• Shah CP, Dale R, Chandler D:
The challenge of hearing impairments in children.
Can Fam Physician 23: 175-183, 1977

• Tillis CH, Grimm WA:
Evaluation of the localization auditory screening test in children 6-18 months of age.
Am J Public Health 68: 65-67, 1978

41. Glaucome à angle ouvert

Anderson DR, Grant WM:
Re-evaluation of the Schiotz tonometer calibration.
Invest Ophthalmol 9: 430-446, 1970

• Anderson DR, Hoskins HD:
The management of elevated intraocular pressure with normal optic discs and visual fields. I. Therapeutic approach based on high risk factors. II. An approach to early therapy.
Surv Ophthalmol 21: 479-493, 1977

Armaly MF:
Age and sex correction of applanation pressure.
Arch Ophthalmol 78: 480, 1967

Armaly MF:
Clinical management of primary ocular hypertension, in *Controversy in Ophthalmology.* (eds Brockhurst RJ, Boruchoff SA, Hutchinson BT et al).
Saunders, 1977, pp 160-167

Armaly MF:
Interpretation of tonometry and ophthalmoscopy.
Invest Ophthalmol 11: 75-79, 1972

Armaly MF:
Ocular pressure and visual fields. A ten-year follow-up study.
Arch Ophthalmol 81: 25-40, 1969

Armaly MF:
On the distribution of applanation pressure. I. Statistical features and the effect of age, sex, and family history of glaucoma.
Arch Ophthalmol 73: 11-18, 1965

Armaly MF:
On the distribution of applanation pressure and arcuate scotoma, in *Drug Mechanisms in Glaucoma.* (eds Paterson G Miller SJH, Paterson GD).
Churchill, 1966 pp 167-189

Armaly MF:
Selective perimetry for glaucomatous defects in ocular hypertension.
Arch Ophthalmol 87: 518-524, 1972

Armaly MF:
The Des Moines population study of glaucoma.
Invest Ophthalmol 1: 618-628, 1962

Bankes JLK, Perkins ES, Tsolakis S et al.:
Bedford glaucoma survey.
Br Med J 1: 791-796, 1968

Becker R, Shaffer RN:
Diagnosis and Therapy of the Glaucomas.
(2nd ed).
Mosby, 1965

Bjornsson G:
The primary glaucoma in Iceland.
Acta Ophthalmol (suppl) (KBH(91: 3-99, 1967

Cameron D, Finlay ET, Jackson CR:
Tonometry and tonography in the diagnosis of chronic simple glaucoma.
Br J Ophthalmol 55: 738-741, 1971

Carvill M:
A review of the cases of glaucoma admitted to the Massachusetts Eye and Ear Infirmary over a period of two years.
Trans Am Ophthalmol Soc 30: 71-94, 1932

Chandler PA, Grant WM:
Further comments on "ocular hypertension". (letter).
Arch Ophthalmol 95: 1083, 1977

Chandler PA, Grant WM:
"Ocular hypertension" versus openangle glaucoma.
Arch Ophthalmol 95: 585-586, 1977

Douglas GR, Drance SM, Schulzer M:
A correlation of fields and disks in open angle glaucoma.
Can J Ophthalmol 9: 391-398, 1974

Drance SM:
Angle closure glaucoma among Canadian Eskimos.
Can J Ophthalmol 8: 252-254, 1973

Feldman F:
Evaluation of the Friedman visual field analyser.
Can J Ophthalmol 10: 351-355, 1975

• Graham PA:
Epidemiology of simple glaucoma and ocular hypertension.
Br J Ophthalmol 56: 223-229, 1972

Graham PA:
The definition of pre-glaucoma a prospective study.
Trans Ophthalmol Soc UK 88: 153-165, 1968

Graham PA, Hollows FC:
A critical review of methods of detecting glaucoma, in *Glaucoma: Epidemiology, Early Diagnosis and some Aspects of Treatment.*
(ed Hunt LB).
Livongstone, 1966, pp 103-115

Grant WM:
What is ocular hypertension, and should it be treated? In *Controversy in ophthalmology.*
(eds Brockhurst RJ, Boruchoff SA, Hutchinson BT et al).
Saunders, 1977, pp 172-179

Harbin TS, Becker B:
What is ocular hypertension and should it be treated? In *Controversy in Ophthalmology.*
(eds Brockhurst RJ, Boruchoff SA, Hutchinson BT et al).
Saunders, 1977, pp 168-171

Hollows FC, Graham PA:
Intraocular pressure, glaucoma suspects in a defined population.
Br J Ophthalmol 50: 570-586, 1966

Hollows FC, Graham PA:
The Ferndale glaucoma survey, in *Glaucoma: Epidemiology, Early Diagnosis and some Aspects of Treatment.* (ed Hunt LB).
Livingstone, 1966, pp 24-44

Kini MM, Leibowitz HM, Colton T et al.:
Prevalence in senile cataract, diabetic retinopathy, senile macular degeneration and open-angle glaucoma in the Framingham eye study.
Am J Ophthalmol 85: 28-34, 1978

• Kitazawa Y, Horie T, Aoki S et al.:
Untreated ocular hypertension. A long-term prospective study.
Arch Ophthalmol 95: 1180-1184, 1977

Kolker AE:
Glaucoma family study. Ten year follow-up. (Preliminary report).
Isr J Med Sci 8: 1357-1361, 1972

Kolker AE, Becker B:
"Ocular hypertension" versus open-angle glaucoma.
Arch Ophthalmol 95: 586-587, 1977

Kolker AE, Hetherington J Jr:
Becker-Shaffer's Diagnosis and Therapy of the Glaucomas. (4th ed).
Mosby, 1976

Lehrfeld L, Reber J:
Glaucoma at the Wills Hospital.
Arch Ophthalmol 18: 712-738, 1937

Lichter PR, Anderson DR (eds):
Discussions on Glaucoma.
Grune, 1977

Linner E:
Diagnostic and therapeutic aspects of early chronic simple glaucoma.
Isr J Med Sci 8: 1394-1396, 1972

Linner E, Stromberg U:
The course of untreated ocular hypertension.
Acta Ophthalmol (KBH) 42: 836-848, 1964

Luntz MH:
Primary open angle glaucoma, in urban negro and caucasian South African communities.
S Afr Arch Ophthalmol 1: 131-140, 1973

Morgan RW:
Open-angle glaucoma: an epidemiologist's view.
Can J Ophthalmol 7: 75-79, 1972

Perkins ES:
Glaucoma in its sociological aspect.
Trans Ophthalmol Soc UK 88: 375-395, 1968

Perkins ES:
The Bedford glaucoma survey. I. Long-term follow-up of borderline cases.
Br J Ophthalmol 57: 179-185, 1973

Perkins ES:
The Bedford glaucoma survey. II. Rescreening of normal population.
Br J Ophthalmol 57: 186-192, 1973

• Phelps CD:
Ocular hypertension: to treat or not to treat? (editorial).
Arch Ophthalmol 95: 588-589, 1977

• Pollack IP:
The challenge of glaucoma screening.
Surv Ophthalmol 13: 4-22, 1968

Posner A, Schlossman A:
The clinical course of glaucoma; review of 474 cases from private practice.
Am J Ophthalmol 31: 915-934, 1948

Prywes AS:
Unilateral afferent pupillary defects in asymmetric glaucoma.
Arch Ophthalmol 94: 1286-1288, 1976

Quere MA, Diallo J, Razafinjato R et al.:
Le problème du glaucome primaire chez L'Africain de race noire.
Analyse critique de la littérature.
Doc Ophthalmol 20: 230-241, 1966

Quere MA, Razafinjato R, Diallo J:
Aspects cliniques et évolutifs du glaucome primitif chez les sujets de race noire en Afrique occidentale.
Doc Ophthalmol 20: 242-256, 1966

Robertson D:
Tonometry screening on the medical service.
Arch Intern Med 137: 443-445, 1977

Rock WJ, Drance SM, Morgan RW:
A modification of the Armaly visual field screening technique for glaucoma.
Can J Ophthalmol 6: 283-292, 1971

Rock WJ, Drance SM, Morgan RW:
Visual field screening in glaucoma. An evaluation of the Armaly technique for screening glaucomatous visual fields.
Arch Ophthalmol 89: 287-290, 1973

• Shaffer R:
'Glaucoma suspect' or 'Ocular hypertension'? (editorial).
Arch Ophthalmol 95: 588, 1977

Smith RJH:
Ocular hypertension, in *Controversy in Ophthalmology*. (eds Brockhurst RJ, Boruchoff SA, Hutchinson BT et al).
Saunders, 1977, pp 180-183

Van Herick W, Shaffer RN, Schwartz A:
Estimation of width of angle of anterior chamber. Incidence and significance of the narrow angle.
Am J Ophthalmol 68: 626-629, 1969

Vargas E, Drance SM:
Anterior chamber depth in angle-closure glaucoma. Clinical methods of depth determination in people with and without the disease.
Arch Ophthalmol 90: 438-439, 1973

Wallace J, Lovell HG:
Glaucoma and intraocular pressure in Jamaica.
Am J Ophthalmol 67: 93-100, 1969

• Wilensky JT, Podos SM:
Prognostic parameters in primary open angle glaucoma, in *Symposium on Glaucoma*. (eds Anderson DR, Drance SM, Galin MA et al).
Transactions New Orleans Academy Ophthalmology, 1975, pp 7-30

• Williams MT, Hayakawa J, Vaughan DG et al.:
Evolution of a prevention of blindness program in Santa Clara county. Special emphasis on glaucoma detection. (1960-1970).
JAMA 219: 737-740, 1972

42. Hyperlipidémie

Brown MS, Goldstein JL:
Familial hypercholesterolemia – A genetic defect in the low density lipoprotein receptor.
N Engl J Med 294: 1386-1390, 1976

Carew TE, Koschinsky T, Hayes SB et al.:
A mechanism by which high density lipoproteins may slow the atherogenic process.
Lancet 1: 1315-1317, 1976

• Davis CE, Havlick RJ:
Clinical trials of lipid lowering and coronary artery disease prevention, in *Hyperlipidemia, Diagnosis and Therapy*. (eds Rifkind BM, Levy RI).
Grune, 1977, pp 79-92

Dayton S, Pearce ML, Hashimoto S et al.:
A controlled clinical trial of a diet high in unsaturated fat in preventing complications of atherosclerosis.
Circulation 40 (suppl 2): 1-63, 1969

Five-year study by a group of physicians of the Newcastle-upon-Tyne region:
Trial of clofibrate in the treatment of ischemic heart disease.
Br Med J 4: 767-775, 1971

Frantz ID Jr, Dawson EA, Kubak K et al.:
The Minnesota coronary survey: effect of diet on cardiovascular events and deaths. (abstr).
Circulation 51 (suppl 2): 4, 1975

Fredrickson DS, Levy RI, Lees RS:
Fat transport in lipoproteins. – an integrated approach to mechanisms and disorders.
N Engl J Med 276: 34-44, 94-103, 148-156, 215-225, 273-281, 1967

Friedewald WT, Levy RI, Fredrickson DS:
Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge.
Clin Chem 18: 499-502, 1972

Goldstein JL, Schrott HG, Hazzard WR et al.:
Hyperlipidemia in coronary heart disease. II. Genetic analysis of lipid levels in 176 families and delineation of a new inherited disorder, combined hyperlipidemia.
J Clin Invest 52: 1544-1568, 1973

Kannel WB, Castelli WP:
The Framingham study of coronary disease in women.
Med Times 100: 173-175, 1972

Krasno LR, Kidera GJ:
Clofibrate in coronary heart disease. Effect on morbidity and mortality.
JAMA 219: 845-851, 1972

Kushwaha RS, Hazzard WR, Wahl PW et al.:
Type III hyperlipoproteinemia: diagnosis in whole plasma by apolioprotein-E immunoassay.
Ann Intern Med 87: 509-516, 1977

Langer T, Strober W, Levy RI:
The metabolism of low density lipoprotein in familial type II hyperlipoproteinemia.
J Clin Invest 51: 1528-1536, 1972

Leren P:
The effect of plasma cholesterol lowering diet in male survivors of myocardial infarction.
Acta Med Scand (suppl) 466: 1-92, 1966

Lewis B:
The Hyperlipidaemias: Clinical and Laboratory Practice.
Blackwell Scientific Publ, 1976

• Mann GV:
Diet-Heart: end of an era.
N Engl J Med 297: 644-650, 1977

Miettinen M, Turpeinen O, Karvonen MJ et al.:
Effect of cholesterol-lowering diet on mortality from coronary heart disease and other causes. A twelve-year clinical trial in men and women.
Lancet 2: 835-838, 1972

Miller GJ, Miller NE:
Plasma high density lipoprotein concentration and development of ischemic heart disease.
Lancet 1: 16-19, 1975

Morris JN, Gardner MJ:
Epidemiology of ischaemic heart disease.
Am J Med 46: 674-683, 1969

Patterson D, Slack J:
Lipid abnormalities in male and female survivors of myocardial infarction and their first degree relatives.
Lancet 1: 393-399, 1972

Report by a research committee of the Scottish Society of Physicians: Ischaemic heart disease: a secondary prevention trial using clofibrate.
Br Med J 4: 775-784, 1971

Sniderman AD, Carew TE, Chandler JG et al.:
Paradoxical increase in rate of catabolism of low-density lipoproteins after hepatectomy.
Science 183: 526-528, 1974

Sniderman AD, Teng B, Jerry M:
Determination of B-protein of low density lipoprotein directly in plasma.
J Lipid Res 16: 465-467, 1975

• Stone NJ:
Primary type II hyperlipoproteinemia, in *Hyperlipidemia, Diagnosis and Therapy*. (eds Rifkind BM, Levy RI).
Grune, 1977, pp 113-136

• Stone NJ, Levy RI, Fredricksons DJ et al.:
Coronary artery disease in 116 kindred with familial type II hyperlipoproteinemia.
Circulation 49: 476-488, 1974

The Coronary Drug Project Research Group:
Clofibrate and niacin in coronary heart disease. The Coronary Drug Project. Findings leading to discontinuation of the 2.5 mg per day estrogen group.
JAMA 226: 652-657, 1973

Tsang RC, Fallat RW, Glueck CJ:
Cholesterol at birth and age 1: comparison of normal and hypercholesterolemic neonates.
Pediatrics 53: 458-470, 1974

43. Hypertension

- *A report of the Ontario Council of Health: Hypertension.*
  Ontario Council Health, 1977

- Feigenson JS, McCarthy ML, Greenberg SD et al.:
  Factors influencing outcome and length of stay in a stroke rehabilitation unit. Part 2. Comparison of 318 screened and 248 unscreened patients.
  Stroke 8: 657-662, 1977

Feigenson JS, McDowell FH, Meese P et al.:
Factors influencing outcome and length of stay in a stroke rehabilitation unit. Part I. Analysis of 248 unscreened patients – medical and functional prognostic indicators.
Stroke 8: 651-656, 1977

Hamilton M, Thompson EM, Wisniewski TK:
The role of blood pressure control in preventing complications of hypertension.
Lancet 1: 235-238, 1964

Hansen BS, Marquardsen J:
Incidence of stroke in Frederiksberg, Denmark.
Stroke 8: 663-665, 1977

Hodge JV, McQueen EG, Smirk H:
Results of hypotensive therapy in arterial hypertension; based on experience with 497 patients treated and 156 controls observed for periods of one to eight years.
Br Med J 1: 1-7, 1961

Leather HM, Baker P, Humphreys D et al.:
A controlled trial of hypotensive agents in hypertension in pregnancy.
Lancet 2: 488-490, 1968

Lee RE, Seligmann AW, Clark MA et al.:
Freedom from cerebral vascular accidents during drug-induced blood pressure reduction in "benign" hypertensive disease.
Am J Cardiol 11: 738-742, 1963

Leishman AWD:
Merits of reducing high blood pressure.
Lancet 1: 1284-1288, 1963

Pohl JEF, Thurston H, Davis D et al.:
Successful use of oral diazoxide in the treatment of severe toxaemia of pregnancy..
Br Med J 2: 568-570, 1972

Redman CWG, Beilin LJ, Bonnar J et al.:
Fetal outcome in trial of antihypertensive treatment in pregnancy.
Lancet 2: 753-756, 1976

Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents.
Effects of treatments on morbidity in hypertension. II. Results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 MM HG;
JAMA 213: 1143-1152, 1970

44. Thalassémie

- Alter BP, Modell CB, Fairweather D et al.:
  Prenatal diagnosis of hemoglobinopathies.
  N Engl J Med 295: 1437-1443, 1976

A report of the Ontario Council of Health, senior advisory body to the Minister of Health:
Ontario Council Health, 1976

Bunn HF:
Human Hemoglobins.
Saunders, 1977

- Necheles TF, Chung S, Sabbah R et al.:
  Intensive transfusion therapy in thalassemia major: an eight-year follow-up.
  Ann NY Acad Sci 232: 179-185, 1974

- Pearson HA, O'Brien RT, McIntosh S:
  Screening for thalassemia trait by electronic measurement of mean corpuscular volume.
  N Engl J Med 288: 351-353, 1973

- Propper RD, Cooper B, Rufo RR et al.:
  Continuous subcutaneous administration of deferoxamine in patients with iron overload.
  N Engl J Med 297: 418-423, 1977

Propper RD, Shurin SB, Nathan DG:
Reassessment of the use of desferrioxamine B in iron overload.
N Engl J Med 294: 1421-1423, 1976

Wolman IJ, Ortolani M:
Some clinical features of Cooley's anemia patients as related to transfusion schedules.
Ann NY Acad Sci 165: 407-414, 1969

45. Anémie ferriprive

Deinard AS, Murray MJ, Egeland B:
Childhood iron deficiency and impaired attentional development or scholastic-performance: is the evidence sufficient to establish causality? (letter).
J Pediatr 88: 162-163, 1976

- Elwood PC, Hughes D:
  Clinical trial of iron therapy on psychomotor function in anaemic women.
  Br Med J 3: 254-255, 1970

Elwood PC:
Anaemia.
Lancet 2: 1364-1365, 1974

- Gardner GW, Edgerton VR, Barnard RJ et al.:
  Cardiorespiratory, hematological and physical performance responses of anemic subjects to iron treatment.
  Am J Clin Nutr 28: 982-988, 1975

Lukens JN:
Iron deficiency and infection. Fact or fable.
Am J Dis Child 129: 160-162, 1975

- Webb TE, Oski FA:
  Behavioral status of young adolescents with iron deficiency anemia.
  J Special Ed 8: 153-156, 1974

46. Bronchite chronique

Bates DV:
The fate of the chronic bronchitic: a report of the ten-year follow-up in the Canadian Department of Veterans' Affairs coordinated study of chronic bronchitis.
Am Rev Respir Dis 108: 1043-1065, 1973

Breslow L, Somers AR:
The lifetime health-monitoring program. A practical approach to preventive medicine.
N Engl J Med 296: 601-608, 1977

- Burrows B, Earle RH:
  Course and prognosis of chronic obstructive lung disease. A prospective study of 200 patients.
  N Engl J Med 280: 397-404, 1969

Chan-Yeung M, Ashley MJ, Grzybowski S:
Grain dust and the lungs.
Can Med Assoc J 118: 1271-1274, 1978

Colley JRT:
Diseases of the lung.
Lancet 2: 1125-1127, 1974

Crofton J, Douglas A:
Chronic Bronchitis and Emphysema in Respiratory Diseases. (2nd ed).
Blackwell Scientific Publ, 1975

- Doll R, Hill AB:
  Mortality in relation to smoking: ten years' observations of British doctors.
  Br Med J 1: 1399-1410, 1460-1467, 1964

Fagerhol MK, Hauge HE:
Serum PI types in patients with pulmonary diseases.
Acta Allergol 24: 107-114, 1969

- Fletcher CM:
  The natural history of chronic bronchitis.
  Community Health (Bristol) 7: 70-78, 1975

Friedman GD, Siegelaub AB, Seltzer CC:
Cigarette smoking and exposure to occupational hazards.
Am J Hematol 98: 175-183, 1973

Cough J, Fletcher CM, Gilson JG et al.:
Discussion on diagnosis of pulmonary emphysema.
Proc R Soc Med 45: 576-586, 1952

Health and Welfare Canada news release:
Decline in cigarette smoking.
Can Dis Weekly Rep 3: 68, 1977

Johnston RN, McNeil RS, Smith DH et al.:
Chronic bronchitis-measurements and observations over 10 years.
Thorax 31: 25-29, 1976

Koran LM:
The reliability of clinical methods, data and judgements.
N Engl J Med 293: 642-646, 1975

• Macklem PT:
Workshop on screening programs for early diagnosis of airway obstruction.
Am Rev Respir Dis 109: 567-571, 1974

McFall RM, Hammen CL:
Motivation, structure, and self monitoring: role of nonspecific factors in smoking reduction.
J Consult Clin Psychol 37: 80-86, 1971

McGavin CR, Gupta SP, McHardy GJ:
Twelve-minute walking test for assessing disability in chronic bronchitis.
Br Med J 1: 822-823, 1976

• Raw M:
Persuading people to stop smoking.
Behav Res Ther 14: 97-101, 1976

Sackett DL:
Screening for early detection of disease: to what purpose?
Bull NY Acad Med 51: 39-52, 1975

Spitzer WO, Brown BP:
Unanswered questions about the periodic health examination.
Ann Intern Med 83: 257-263, 1975

Wilson JMG, Jungen G:
Principes et pratique de dépistage des maladies.
OMS: Cahiers de santé publique no 34, 1970.

47. Carence en alpha-1-antitripsine

Geddes DM, Webley M, Brewerton DA et al.:
Alpha-1-antitrypsin phenotypes in fribrosing alveolitis and rheumatoid arthritis.
Lancet 2: 1049-1050, 1977

• Kueppers F, Black LF:
Alpha-1-antitrypsin and its deficiency.
Am Rev Respir Dis 110: 176-194, 1974

• Lieberman J:
Alpha-1-antitrypsin deficiency and chronic pulmonary disease.
NY State J Med 76: 181-186, 1976

• Morse JO, Lebowitz MD, Knudson RJ et al.:
A community study of the relation of alpha-1-antitrypsin levels to obstructive lung diseases.
N Engl J Med 292: 278-281, 1975

Morse JO, Lebowitz MD, Knudson RJ et al.:
Relation of protease inhibitor phenotypes to obstructive lung disease in a community.
N Engl J Med 296: 1190-1194, 1977

48. Cancer du sein

• Baum G:
The need for color coding in ultrasound mammography.
Journal of Clinical Ultrasound 6(2): 76-82, 1978

• MacMahon B, Cole P, Brown J:
Etiology of human breast cancer: a review.
J Natl Cancer Inst 50: 21-42, 1973

• Moskowitz M, Russell P, Fidler J et al.:
Breast cancer screening. Preliminary report of 207 biopsies performed in 4 128 volunteer screenees.
Cancer 36: 2245-2250, 1975

• Shapiro S, Strax P, Venet L:
Periodic breast cancer sreening in reducing mortality from breast cancer.
JAMA 215: 1777-1785, 1971

49. Cancer du col de l'utérus

Kessler II:
Venereal factors in human cervical cancer: evidence from marital clusters.
Cancer 39 (suppl 4): 1912-1919, 1977

• The Walton report:
Cervical cancer screening programs.
Can Med Assoc J 114: 1-32, 1976

50 Cancer du côlon et du rectum

Craig DG:
Tests for occult blood.
J R Coll Gen Pract 25: 698-701, 1975

Dales LG, Friedman GD, Ramcharan S et al.:
Multiphasic checkup evaluation study: 3 outpatient clinic utilization, hospitalization, and mortality experience after seven years.
Prev Med 2: 221-235, 1973

Feinstein AR, Schimpff CR, Hull EW:
A reappraisal of staging and therapy for patients with cancer of the rectum.
Arch Intern Med 135: 1441-1462, 1975

Frame PS, Carlson SJ:
A critical review of periodic health screening using specific screening criteria: part 2. Selected endocrine, metabolic, and gastrointestinal diseases.
J Fam Pract 2: 123-129, 1975

Goodman MJ:
Mass screening for colorectal cancer — a negative report. (letter).
JAMA 237: 2380, 1977

• Greegor DA:
Occult blood testing for detection of asymptomatic colon cancer.
Cancer 28: 131-134, 1971

• Kassira E, Parent L, Vahouny G:
Colon cancer: an epidemiological survey.
Am J Dig Dis 21: 205-214, 1976

Krain LS:
Cancer of the colon in California 1945-1966 — the California tumor registry experience.
J Surg Oncol 2: 323-334, 1970

Neuhauser D, Lewicki AM:
What do we gain from the sixth stool guaiac?
N Engl J Med 293: 226-228, 1975

Scudamore HH:
Cancer of the colon and rectum — general aspects, diagnosis, treatment and prognosis: a review.
Dis Colon Rectum 12: 105-114, 1969

Silverberg E, Holleb AI:
Cancer statistics 1974 — worldwide epidemiology.
CA 24: 2-21, 1974

Weiss O:
Proctologic cancer detection — report of a survey on 1000 asymptomatic neuropsychiatric patients.
AM J Proctol 23: 296-310, 1972

Winawer SJ:
Screening for colorectal cancer. (letter).
JAMA 238: 2014, 1977

Winawer SJ, Sherlock P, Schottenfeld D et al.:
Screening for colon cancer.
Gastroenterology 70: 783-789, 1976

• Zamcheck N:
The present state of CEA in diagnosis, prognosis and evaluation of therapy.
Cancer 36: 2460-2468, 1975

51. Cancer du poumon

Best JA, Steffy RA:
Smoking modification procedures for internal and external locus of control clients.
Can J Behav Sci 7: 155-165, 1975

Brett GZ:
The value of lung cancer detection by six-monthly chest radiographs.
Thorax 23: 414-420, 1968

Chapman RF, Smith JW, Layden TA:
Elimination of cigarette smoking by punishment and self-management training.
Behav Res Ther 9: 225-264, 1971

Cohen MH:
Signs symptoms of bronchogenic carcinoma.
Semin Oncol 1: 183-189, 1974

Davison GC, Rosen RC:
Lobeline and reduction of cigarette smoking.
Psychol Rep 31: 443-456, 1972

Delahunt J, Curran JP:
Effectiveness of negative practice and self-control techniques in the reduction of smoking behavior.
J Consult Clin Psychol 44: 1002-1007, 1976

• Doll R, Hill AB:
Mortality in relation to smoking: ten years' observations of British doctors.
Br Med J 1: 1399-1410, 1460-1467, 1964

Gerson P, Lanyon RA:
Modification of smoking behavior with an aversion-desensitization procedure.
J Consult Clin Psychol 38: 399-402, 1972

Guilford JS:
Group treatment versus individual initiative in the cessation of smoking.
J Appl Psychol 56: 162-167, 1972

Holland WW, Elliott A:
Cigarette smoking, respiratory symptoms, and anti-smoking propaganda.
Lancet 1: 41-43, 1966

Lando HA:
Aversive conditioning and contingency management in the treatment of smoking.
J Consult Clin Psychol 44: 312, 1976

Lawson DM, May RB:
Three procedures for the extinction of smoking behavior.
Psychol Rec 20: 151-157, 1970

Lichtenstein E, Harris DE, Birchler GR et al.:
Comparison of rapid smoking, warm smoky air, and attention placebo in the modification of smoking behavior.
J Consult Clin Psychol 40: 92-98, 1973

McFall RM, Hammen CL:
Motivation, structure, and self monitoring: role of nonspecific factors in smoking reduction.
J Consult Clin Psychol 37: 80-86, 1971

• Melamed M, Flehinger B, Miller D et al.:
Preliminary report of the lung cancer detection program in New York.
Cancer 39: 369-382, 1977

• Miller AB:
Recent trends in lung cancer mortality in Canada.
Can Med Assoc J 116: 28-30, 1977

• Porter AMW, McCullough DM:
Counselling against cigarette smoking: a controlled study from a general practice.
Practitioner 209: 688-689, 1972

Suedfeld P:
Sensory deprivation used in the reduction of cigarette smoking: attitude change experiments in an applied context.
J Appl Soc Psychol 3: 30-38, 1973

52. Cancer de l'estomac

• Correa P, Haenszel W, Cuello C et al.:
A model for gastric cancer epidemiology.
Lancet 2: 58-59, 1975

Hirayama T:
Outline of stomach cancer screening in Japan.
Epidemiol Div, Nat Cancer Center Res Inst, Tokyo, 1978

• Hisamichi S, Nozaki K, Kitagawa M et al.:
Evaluation of mass screening program for stomach cancer.
Tohoku J Exp Med 118 (suppl): 69-77, 1976

• Husain OAN:
Cytological screening for cancer of the stomach.
Proc R Soc Med 69: 489-494, 1976

• Langman MJS:
The stomach — epidemiological considerations, in *The Prevention of Cancer.* (eds Raven RW, Roe FJC).
Butterworths, 1967, pp 99-102

Logan WPD:
Les cancers des voies digestives: tendances internationales de la mortalité
Chronique OMS: 30: 462-468, 1976.

• Raven RW:
The stomach — experimental and clinical considerations, in *The Prevention of Cancer.* (eds Raven RW, Roe FJC).
Butterworths, 1967, pp 103-113

53. Cancer de la prostate

Blackard CE, Mellinger GT, Gleason DF:
Treatment of stage 1 carcinoma of the prostate: a preliminary report.
J Urol 106: 729-733, 1971

• Byar DP:
The Veterans Administration cooperative urological research group's studies of cancer of the prostate.
Cancer 32: 1126-1130, 1973

Byar DP:
Treatment of prostatic cancer: studies by the Veterans Administration cooperative urological research group.
Bull NY Acad Med 48: 751-766, 1972

Byar DP, The Veterans Administration co-operative urological research group:
Survival of patients with incidentally found microscopic cancer of the prostate: results of a clinical trial of conservative treatment.
J Urol 108: 908-913, 1972

Chu TM, Wang MC, Kuciel R et al.:
Enzyme markers in human prostatic carcinoma.
Cancer Treat Rep 61: 193-200, 1977

Correa RJ, Anderson RG, Gibbons RP et al.:
Latent carcinoma of the prostate — why the controversy?
J Urol 111: 644-646, 1974

• Coune A:
Carcinoma of the prostate, in *Randomized Trials in Cancer: a Critical Review by Sites.* (ed Staquet MJ).
Raven Press, 1978, pp. 389-409

Delides GS, Baltopoulos G, Papaharalampous NX:
Latent carcinoma of the prostate: the probability of identifying small lesions in routine histology.
Br J Urol 48: 207-209, 1976

Dmochowski L, Ohtsuki Y, Seman G et al.:
Search for oncogenic viruses in human prostate cancer.
Cancer Treat Rep 61: 119-127, 1977

Edwards CN, Steinthorsson E, Nicholson D:
An autopsy study of latent prostatic cancer.
Cancer 6: 531-554, 1953

Ernster VL, Winkelstein WJR, Selvin S et al.:
Race, socioeconomic status, and prostatic cancer.
Cancer Treat Rep 61: 187-191, 1977

• Foti AG, Cooper JF, Herschman H et al.:
Detection of prostatic cancer by solid-phase radioimmunoassay of serum prostatic acid phosphatase.
N Engl J Med 297: 1357-1361, 1977

Gilbertsen VA:
Cancer of the prostate gland. Results of early diagnosis and therapy undertaken for the cure of the disease.
JAMA 215: 81-84, 1971

Gittes R:
Acid phosphatase reappraised.
N Engl J Med 297: 1398-1399, 1977

Greenwald P, Damon A, Kirmss V et al.:
Physical and demographic features of men before developing cancer of the prostate.
J Natl Cancer Inst 53: 341-346, 1974

Greenwald P, Kirmss V, Polan AK et al.:
Cancer of the prostate among men with benign prostatic hyperplasia.
J Natl Cancer Inst 53: 335-340, 1974

Harada M, Mostofi RK, Corle DK et al.:
Preliminary studies of histologic prognosis in cancer of the prostate.
Cancer Treat Rep 61: 223-225, 1977

Heaney JA, Chang HC, Daly JJ et al.:
Prognosis of clinically undiagnosed prostatic carcinoma and the influence of endocrine therapy.
J Urol 118: 283-287, 1977

McCombs RM:
Role of oncornaviruses in carcinoma of the prostate.
Cancer Treat Rep 61: 131-132, 1977

• Meares EM Jr:
Current concepts in the management of carcinoma of the prostate gland.
California Med 117: 27-34, 1972

Mickey DD, Stone KR, Stone MP et al.:
Morphologic and immunologic studies of human prostatic carcinoma.
Cancer Treat Rep 61: 133-138, 1977

• Owen WL:
Cancer of the prostate: a literature review.
J Chron Dis 29: 89-114, 1976

Pavone-Macaluso M (ed):
The Tumours of Genito-Urinary Apparatus. First Course.
Cofese Edizioni Palermo, 1976

• Rotkin ID:
Studies in the epidemiology of prostatic cancer: expanded sampling.
Cancer Treat Rep 61: 173-180, 1977

• Schuman LM, Mandel J, Blackard C et al.:
Epidemiologic study of prostatic cancer: preliminary report.
Cancer Treat Rep 61: 181-186, 1977

Steele R, Lees REM, Kraus AS et al.:
Sexual factors in the epidemiology of cancer of the prostate.
J Chron Dis 24: 29-37, 1971

Veterans Administration co-operative urological research group:
Treatment and survival of patients with cancer of the prostate.
Surg Gynecol Obstet 124: 1011-1017, 1967

Wynder EL, Mabuchi K, Whitmore WF:
Epidemiology of cancer of the prostate.
Cancer 28: 344-360, 1971

• Zeigel RF, Arya SK, Horoszewicz JS et al.:
A status report. Human prostatic carcinoma, with emphasis on potential for viral etiology.
Oncology 34: 29-44, 1977

54. Cancer de la vessie

• Trott PA:
Cytological screening for cancer of the bladder.
Proc R Soc Med 69: 496-498, 1976

55. Cancer de la peau

Clark WH Jr:
Clinical diagnosis of cutaneous malignant melanoma.
JAMA 236: 484-485, 1976

• Emmett EA:
Occupational skin cancer: a review.
J Occupational Med 17: 44-49, 1975

Kaminester LH:
Sunlight, skin cancer, and sunscreens.
JAMA 232: 1373-1374, 1975

Kanof EP:
Experience with a skin cancer detection clinic at a state fair.
North Carolina Med J 35: 159-161, 1974

Kopf AW, Mintzis M, Bart RS:
Diagnostic accuracy in malignant melanoma.
Arch Dermatol 111: 1291-1292, 1975

• Mihm MC Jr, Fitzpatrick TB:
Early detection of malignant melanoma.
Cancer 37 (suppl): 597-603, 1976

• Weary PE:
A two-year experience with a series of rural skin and oral cancer detection clinics.
JAMA 217: 1862-1863, 1971

• Zagula-Mally ZW, Rosenberg EW, Kashgarian M:
Frequency of skin cancer and solar keratoses in a rural southern county as determined by population sampling.
Cancer 34: 345-349, 1974

56. Maladie de Hodgkin

• Boyd NF, Feinstein AR:
Symptoms as an index of growth rates and prognosis in Hodgkin's disease.
Clin Invest Med 1: 25-31, 1978

• Kaplan HS:
Hodgkin's disease.
Harvard Univ Press, 1972

57. Cancer de la cavité buccale

Anderson DL:
Significance of surface size of intra-oral carcinoma.
J Can Dent Assoc 32: 212-223, 1966

Anderson DL, Lewis DW:
Male oral cancer: correlation of incidence with mortality and population characteristics.
J Can Dent Assoc 36: 26-29, 1970

• Bolden TE:
Factors related to oral cancer, in *A Textbook of Preventive Dentistry.* (eds Caldwell RC, Stallard RE).
Saunders, 1977, pp 102-117

Farber S:
New developments in chemotherapy and the care of the cancer patient.
Am J Public Health 51 (Aug): 14-20, 1961

Hunter HA:
Three-year experience with an oral cytology service for the Ontario dental profession.
Laval Med 39: 8-10, 1968

James AG:
Cancer Prognosis Manual. (2nd ed).
Am Cancer Soc, 1966

McCormick NA:
Conference on intra-oral cancer.
Can Med Assoc J 83: 152-156, 1960

Medak H, McGrew EA, Burlakow P et al.:
Correlation of cell populations in smears and biopsies from the oral cavity.
Acta Cytol (Baltimore) 11: 279-288, 1967

Montgomery PW, Von Haam E:
Study of exfoliative cytology in patients with carcinoma of the oral mucosa.
J Dent Res 30: 308-313, 1951

Moore C:
Smoking and cancer of the mouth, pharynx, and larynx.
JAMA 191: 283-286, 1965

• Myers EN:
The toluidine blue test in lesions of the oral cavity.
Ca 20: 135-139, 1970

• Nutrition Canada:
Rapport sur l'hygiène dentaire.
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1977.

Papanicolaou GN, Traut HF:
Diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus.
Am J Obstet Gynecol 42: 193-206, 1941

Pelton WJ et al.:
The Epidemiology of Oral Health.
Harvard Univ Press, 1969 (Am Public Health Assoc, vital and health stat monographs)

Rothman KJ:
Alcohol, in Persons at High Risk of Cancer: an Approach to Cancer Etiology and Control. (ed Fraumeni JF).
Academic Press, 1975, pp 139-150

Rovin S:
An assessment of the negative oral cytologic diagnosis.
J Am Dent Assoc 74: 759-762, 1967

Rubin P, Holt JF:
Secretory sialography in diseases of the major salivary glands.
AJR 77: 575-598, 1957

Shedd DP, Hukill PB, Bahn S:
In vivo staining properties of oral cancer.
Am J Surg 110: 631-634, 1965

Statistique Canada
Nouveaux sièges primaires de tumeurs malignes au Canada (tels que déclarés par les registres provinciaux des tumeurs), 1972. Gouvernement du Canada, 1976, (cat. no CS82-207/1972).

• Weir JM, Dunn JE Jr, Buell PE:
Smoking and oral cancer: epidemiological data, educational responses.
Am J Public Health 59: 959-966, 1969

58. Diabète sucré chez l'adulte (à l'exclusion des femmes enceintes)

Bale GS, Entmacher PS:
Estimated life expectancy of diabetics.
Diabetes 26: 434-438, 1977

Baumslag N, Yodaiken RE, Varady JC:
Standardization of terminology in diabetes. Types and family histories.
Diabetes 19: 664-669, 1970

• Cahill GF, Etzwiler DD, Freinkel N:
"Control" and diabetes. (editorial).
N Engl J Med 294: 1004-1005, 1976

• Crofford O:
Reports to Congress of The National Commission on Diabetes.
(DHEW Publication no (NIH) 76-1018) US Govern Printing Office, 1975

• Fajans SS:
Current unsolved problems in diabetes management.
Diabetes 21 (Suppl 2): 678-684, 1972

Garcia MJ, McNamara PM, Gordon T et al.:
Morbidity and mortality in diabetics in the Framingham population. Sixteen year follow-up study.
Diabetes 23: 105-111, 1974

• Goodkin G:
Mortality factors in diabetes. A 20 year mortality study.
J Occupatonal Med 17: 716-721, 1975

Greenberg WV:
Non diabetic melliturias, in *Diabetes Mellitus: Diagnosis and Treatment*. vol II.
Am Diabetes Assoc, 1967, pp 63-70

Hoffman MM, Cruess SR, Kovacs L:
Current Concepts of Diagnosis and Treatment of Diabetes Mellitus; a Programmed Learning System for Physicians.
Horner, 1969

Job D, Eschwege E, Guyot-Argenton C et al.:
Effect of multiple daily insulin injections on the course of diabetic retinopathy.
Diabetes 25: 463-469, 1976

Karlsson K, Kjellmer I:
The outcome of diabetic pregnancies in relation to the mother's blood sugar level.
AM J Obstet Gynecol 112: 213-220, 1972

Koenig RJ, Peterson CM, Kilo C et al.:
Hemoglobin Alc as an indicator of the degree of glucose tolerance in diabetes.
Diabetes 25: 230-232, 1976

Kolodny RC, Kahn CB, Goldstein HH et al.:
Sexual dysfunction in diabetic men.
Diabetes 23: 306-309, 1974

Marble A:
Insulin — clinical aspects: the first fifty years.
Diabetes 21 (suppl 2): 632-636, 1972

Meinert CL, Knatterud GL, Prcut TE et al.:
(University group diabetes program):
A study of the effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult-onset diabetes. II. Mortality results.
Diabetes 19 (suppl 2): 789-830, 1970

Moore RH, Buschbom RL:
Work absenteeism in diabetics.
Diabetes 23: 957-961, 1974

Neel JV:
The genetics of juvenile-onset-type diabetes mellitus.
N Engl J Med 297: 1062-1063, 1977

• Orzeck EA, Mooney JH, Owen JA:
Diabetes detection with a comparison of screening methods.
Diabetes 20: 109-116, 1971

O'Sullivan JB:
Age gradient in blood glucose levels.
Diabetes 23: 713-715, 1974

O'Sullivan JB:
Prospective Study of Gestational Diabetes and its Treatment, *in Carbohydrate Metabolism in Pregnancy and the Newborn.* (eds Sutherland HW, Stowers JM).
Churchill, 1975, pp 195-204

Pedersen J, Molsted-Pedersen L, Andersen B:
Assessors of fetal perinatal mortality in diabetic pregnancy. Analysis of 1332 pregnancies in the Copenhagen series, 1946-1972.
Diabetes 23: 302-305, 1974

• Pell S, D'Alonzo CA:
Factors associated with long-term survival of diabetes.
JAMA 214: 1833-1840, 1970

Peterson CM, Jones RL:
Minor hemoglobins, diabetic 'control' and diseases of postsynthetic protein modification. (editorial).
Ann Intern Med 87: 489-491, 1977

• Prout TE:
The use of screening and diagnostic procedures: the oral glucose tolerance test, in *Diabetes Mellitus.* (4th ed). (eds Sussman Ke, Metz RJS).
Am Diabetes Assoc, 1975, pp 57-67

Report by the Birmingham diabetes survey working party:
Ten-year follow-up report on Birminghan diabetes survey of 1961.
Br Med J 2: 35-37, 1976

Rubin A, Babbott D:
Impotence and diabetes mellitus.
JAMA 168: 498-500, 1958

Rubinstein P, Suciu-Foca N, Nicholson JF:
Genetics of juvenile diabetes mellitus. A recessive gene closely linked to HLA D and with 50 per cent penetrance.
N Engl J Med 297: 1036-1040, 1977

Siperstein MD:
The glucose tolerance test: a pitfall in the diagnosis of diabetes mellitus.
Adv Int Med 20: 297-323, 1975

Stone DB:
A study of the incidence and causes of poor control in patients with diabetes mellitus.
Am J Med Sci 241: 436-442, 1961

Sussman KE, Metz RJS (eds):
Diabetes Mellitus. (4th ed).
Am Diabetes Assoc, 1975

Tevaarwerk GJM, Rose MDI, Harding PGR et al.:
The outcome of sixty-five pregnancies in diabetic women. (abstr no 250).
Ann R Coll Phys Surg Can 10: 90, 1977

• University group diabetes program:
A study of the effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult-onset diabetes. v. Evaluation of phenformin therapy.
Diabetes 24 (suppl 1): 65-184, 1975

Valleron A-J, Eschwage E, Papoz L et al.:
Agreement and discrepancy in the evaluation of normal and diabetic oral glucose tolerance test.
Diabetes 24: 585-593, 1975

Watkins JD, Roberts DE, Willians TF et al.:
Observation of medication errors made by diabetic patients in the home.
Diabetes 16: 882-885, 1967

West KM:
Substantial differences in the diagnostic criteria used by diabetes experts.
Diabetes 24: 641-644, 1975

West KM, Kalbfleish JM:
Influence of nutritional factors on prevalence of diabetes.
Diabetes 20: 99-108, 1971

59. Hyperthyroïdie

Becker DV, McConahey WM, Dobyns BM et al.:
The results of radioiodine treatment of hyperthyroidism. A preliminary report of the thyrotoxicosis therapy follow-up study, in *Further Advances in Thyroid Research.*
(eds Fellinger K, Hofer R).
Verlag Wiener Med Acad, 1971, pp 603-609

• Furszyfer J, Kurland LT, McConahey WM et al.:
Graves' disease in Olmsted Ocunty, Minnesota, 1935 through 1967.
Mayo Clin Proc 45: 636-644, 1970

Sattler H:
Basedow's Disease: the Manifestations, Timing, Duration, and Outcome of Basedow's Disease; Symptoms, Severity, and Age Incidence; the Disease in Children; and Occurrence among Animals. English translations GW & JF Marchand).
Grune, 1952

• Tunbridge WMG, Evered DC, Hall R, et al.:
The spectrum of thyroid disease in a community: the Wickham survey.
Clin Endocrinol 7: 481-492, 1977

60. Hypothyroïdie

• Barber SG, Carter DJ, Bishop JM:
System for long-term review of patients at risk of becoming hypothyroid. Further experience.
Lancet 2: 967-970, 1977

Furszyfer J, Kurland LT, McConahey WM et al.:
Graves' disease in Olmsted county, Minnesota, 1935 through 1967.
Mayo Clin Proc 45: 636-644, 1970

• Tunbridge WMG, Evered DC, Hall R et al.:
The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickham survey.
Clin endocrinol 7: 481-493, 1977

61. Ménopause

• Detre T, Hayashi TT, Archer DF;
Drug spotlight program: management of menopause.
Ann Intern Med 88: 373-378, 1978

• Monroe SE, Menon KMJ:
Changes in reproductive hormone secretion during the climacteric and postmenopausal periods.
Clin Obstet Gynecol 20: 113-122, 1977

• Utian WH:
Scientific basis for post-menopausal Estrogen Therapy: the Management of Specific Symptoms and Rationale for Long-term Replacement, *in The Menopause — a Guide to Current Research and practice.* (ed Beard RJ).
MTP Press, 1976, pp 175-201

Van Keep PA, Lauritzen C (eds):
Aging and Estrogens.
Basal, Karger, 1973

62. Incompatibilité sanguine foeto-maternelle

A combined study from centres in England and Baltimore:
Prevention of Rh-Haemolytic disease: results of the clinical trial.
Br Med J 2: 907-914, 1966

A combined study from centres in England and Baltimore:
Prevention of Rh-haemolytic disease: final results from centres in England and Baltimore.
Br Med J 2: 607-609, 1971

A report of the Ontario Council of Health, senior advisory body to the Minister of Health: Genetic Services.
Ontario Council Health, 1976

Bowman HS:
Prenatal sera diagnosis of blood group sensitization II. Maternal sensitization other than D (Rh-O), with a comparison of the red cell antigens kell (K-1), E(Rh''), and C(Hr').
Am J Obstet Gynecol 101: 623-632, 1968

Bowman J, Chown B, Lewis M et al.:
Rh immunization in Manitoba 1963-1974. (Abstr 108).
Ann Rev Coll Phys Surg Can 9: 47 1976

• Bowman JM:
Prevention of haemolytic diseases of the newborn.
Br J Haematol 19: 653-655, 1970

Freda VJ, Gorman JG, Pollack W:
Rh Factor: prevention of isoimmunization and clinical trial on mothers
Science 151: 828-830, 1966

Freda VJ, Gorman JG, Pollack W et al.:
Prevention of Rh hemolytic disease — ten years' clinical experience with Rh immune globulin.
N Engl J Med 292: 1014-1016, 1975

Frigoletto FD, Davies IJ:
Erythroblastosis fetalis with hydrops resulting from anti-kell isoimmune disease.
Am J Obstet Gynecol 127: 887, 1977

Hisanaga S, Fujita J, Kori S et al.:
Clinical observation of the prevention of Rh isoimmunization with immunoglobulin anti-D.
Acta Obstet Gynecol Jpn 21: 97-102, 1974

• Queenan JT:
Modern Management of the Rh Problem,
Harper, 1967

Queenan JT, Smith BD, Haber JH et al.:
Irregular antibodies in the obstetric patient.
Obstet Gynecol 34: 767-771, 1969

Report to the Medical Research Council by the working party on the use of anti-D-immunoglobulin for the prevention of isoimmunization of Rh-negative women during pregnancy:
Controlled trial of various anti-D dosages in suppression of Rh sensitization following pregnancy.
Br Med J 2: 75-80, 1974

Weinstein L:
Irregular antibodies causing hemolytic disease of the newborn.
Obstet Gynecol Surv 31: 581-591, 1976

Woodrow JC, Clarke CA, McConnell RB et al.:
Prevention of Rh-heamolytic disease: results of the Liverpool "low risk" clinical trial.
Br Med J 2: 610-612, 1971

Zipursky A:
Hemolytic disease of the newborn in *Hematology of Infancy and Childhood.* (eds Nathan DG, Oski FA). *Saunders,* 1974, pp 280-314

• Zipursky A:
Rh hemolytic disease of the newborn – the disease eradicated by immunology.
Clin Obstet Gynecol 20: 759-772, 1977

Zipursky A, Israels LG:
The pathogenesis and prevention of Rh immunization.
Can Med Assoc J 97: 1245-1257, 1967

63. Grossesse non désirée chez les adolescentes

Currie JB, Jekel JF, Klerman LV:
Subsequent pregnancies among teenage mothers enrolled in a special program.
Am J Public Health 62: 1606-1611, 1972

Daling JR, Emanuel I:
Induced abortion and subsequent outcome of pregnancy. A matched cohort study.
Lancet 2: 170-172, 1975

Duenhoelter JH, Jimenez JM, Eaumann G:
Pregnancy performance of patients under fifteen years of age.
Obstet Gynecol 46: 49-52, 1975

Foltz A-M, Klerman LV, Jekel JF:
Pregnancy and special education: Who stays in school?
Am J Public Health 62: 1612-1619, 1972

Frederiksen H, Ravenholt RT:
Thromboembolism, oral contraceptives, and cigarettes.
Public Health Rep 85: 197-208, 1970

• Furstenberg F Jr:
The social consequences of teenage parenthood.
Fam Plann Perspect 8: 148-164, 1976

Gabrielson IW, Klerman LV, Currie JB et al.:
Suicide attempts in a population pregnant as teenagers.
Am J Public Health 60: 2289-2301, 1970

Hall MF:
Family planning in Baltimore city – 1960-1966.
Am J Public Health 59: 2081-2091, 1969

Harlap S, Davies AM:
Late sequelae of induced abortion: complications and outcome of pregnancy and labor.
Am J Epidemiol 102: 217-224, 1975

Jekel JF, Currie JB, Klerman LV et al.:
An analysis of statistical methods for comparing obstetric outcomes: infant health in three samples of school-age pregnancies.
Am J Obstet Gynecol 112: 9-19, 1972

• Jekel JF, Harrison JT, Bancroft DRE et al.:
A comparison of the health of index and subsequent babies born to school age mothers.
Am J Public Health 65: 370-374, 1975

Jekel JF, Klerman LV, Bancroft DRE:
Factors associated with rapid subsequent pregnancies among school-age mothers.
Am J Public Health 63: 769-773, 1973

Klerman LV, Jekel JF:
School-age Mothers. Problems, Programs and Policy.
Linnet Books, 1973

McAnarney ER, Roghmann KJ, Adams BN et al.:
Obstetric, neonatal and psychosocial outcome of pregnant adolescents.
Pediatrics 61: 199-205, 1978

Nathanson BN:
Ambulatory abortion: experience with 26 000 cases (July 1, 1970, to August 1, 1971).
N Engl J Med 286: 403-407, 1972

Pare CM, Raven H:
Follow-up of patients referred for termination of pregnancy.
Lancet 1: 635-638, 1970

• Tietze C, Bongaarts J, Schearer B:
Mortality associated with control of fertility.
Fam Plann Perspect 8: 6-14, 1976

64. Accouchement prématuré

• Barter RH, Dusbabek JA, Riva HL et al.:
Surgical closure of the incompetent cervix during pregnancy.
Am J Obstet Gynecol 75: 511-524, 1958

Liggins GC, Howie RN:
The prevention of RDS by maternal Stereoid Therapy, in, *Modern Perinatal Medicine.*
(ed Gluck L).
Yearbook, 1974, pp 415-424

• Liggins GC, Vaughan GS:
Intravenous infusion of salbutamol in the management of premature labour.
J Obstet Gynaecol Br Comm 80: 29-32, 1973

Renaud R, Irrmann M, Gandar R et al.:
The use of ritodrine in the treatment of premature labour.
J Obstet Gynaecol Br Comm 81: 182-186, 1974

Zuckerman H, Reiss U, Rubinstein I:
The inhibition of human premature labor by indomethacin.
Obstet Gynecol 44: 787-792, 1974

65. Avortement spontané répété

• Barter RH, Dusbabek JA, Riva HL et al.:
Surgical closure of the incompetent cervix during pregnancy.
Am J Obstet Gynecol 75: 511-524, 1958

• Byrd JR, Askew DE, McDonough PG:
Cytogenic findings in fifty-five couples with recurrent fetal wastage.
Obstet Gynecol Surv 32: 519-521, 1977

Pritchard JA, MacDonald PC (eds):
Williams Obstetrics. (15th ed).
Appleton-Century-Crofts, 1976

66. Bactériurie en période de grossesse

Andriole VT:
Urinary tract infections in pregnancy.
Urol Clin North AM 2: 485-498, 1975

Anonyme:
Treatment of bacteriuria in pregnancy.
Br Med J 4: 631-632, 1970

Beard RW, Roberts AP:
Asymptomatic bacteriuria during pregnancy.
Br Med Bull 24: 44-48, 1968

Cardiff-Oxford Bacteriuria Study Group:
Sequelae of covert bacteriuria in schoolgirls. A four-year follow-up study.
Lancet 1: 889-893, 1978

Cobbs CG, Strickler JC, McGovern JH et al.:
The postpartum renal status of women with untreated asymtomatic bacteriuria during pregnancy.
Am J Obstet Gynecol 99: 221-227, 1967

Cooke CW, Hallock JA, Wurzel H et al.:
Fetal and maternal outcome in asymptomatic bacilluria of pregnancy. Effects on isohemagglutinin titers.
Obstet Gynecol 36: 840-844, 1970

Davies PA:
The acquisition by the fetus of bacterial infection in pregnancy and labour.
J Clin Pathol 10 (suppl): 107-110, 1976

Dixon HG. Brant HA:
The significance of bacteriuria in pregnancy.
Lancet 1: 19-20, 1967

Ellner PD, Papachristos T:
Detection of bacteriuria by dip-slide. Routine use in a large general hospital.
Am J Clin Pathol 63: 516-521, 1975

• Gower PE, Haswell B, Sidaway ME et al.:
Follow-up of 164 patients with bacteriuria of pregnancy.
Lancet 1: 990-994, 1968

Hargreaves J:
Investigation of bacteriuria in pregnancy and its treatment with sulphamathizole.
Practitioner 218: 718-720, 1977

Henning C, Bucht H, Kallings LO:
Results from the routine detection of bacteriuria in antenatal care in Stockholm county. (abstr).
Acta Pathol Microbiol Scand (B) 79: 446, 1971

Kass EH:
Bacteriuria and pyelonephritis of pregnancy.
Arch Intern Med 105: 194-198, 1960

Kass EH:
Pyelonephritis and bacteriuria. A major problem in preventive medicine.
Ann Intern Med 56: 46-53, 1962

Kimmelstiel P, Kim OJ, Beres JA et al.:
Chronic pyelonephritis.
Am J Med 30: 589-607, 1961

• Kincaid-Smith P, Bullen M:
Bacteriuria in pregnancy.
Lancet 1: 395-399, 1965

Kunin CM
Epidemiology of bacteriuria and its relation to pyelonephritis.
J Infect Dis 120: 1-12, 1969

Lagache G:
Traitement des récidives ulcéreuses après vagotomie.
Méthodes et indications thérapeutiques.
Ann Chir 31: 903-906, 1977

• Lawson DH, Miller AWF:
Screening for bacteriuria. A critical reappraisal.
Arch Intern Med 132: 904-908, 1973

Little PJ:
Prevention of pyelonephritis of pregnancy.
Lancet 1: 567-569,, 1965

Low JA, Johnston EE, McBride RL et al.:
The significance of asymptomatic bacteriuria in the normal obstetric patient.
Am J Obstet Gynecol 90: 897-906, 1964

McFayden IR, Eykyn SJ:
Diagnosis o urinary-tract infections in pregnancy. (letter).
Lancet 1: 1348, 1970

McFayden IR, Eykyn SJ:
Screening for bacteriuria in pregnancy. (letter).
Lancet 1: 132-133, 1971

Meares EMJ.:
Asymptomatic bacteriuria. Current concepts in management.
Postgrad Med 62: 106-111, 1977

Monzon OT, Armstrong R, Pion RJ et al.:
Bacteriuria during pregnancy.
Am J Obstet Gynecol 85: 511-518, 1963

Norden CW, Kass EH:
Bacteriuria of pregnancy – a critical appraisal.
Annu Rev Med 19: 431-470, 1968

Pathak UN, Tang K, Williams LL:
Bacteriuria in pregnancy: results of treatment.
J Infect Dis 120: 91-103, 1969

Pinkerton JHM, Houston JK, Gibson GL:
Significant bacteriuria during pregnancy.
Proc R Soc Med 58: 1041-1042, 1965

Ries, K, Kaye D:
The current status of therapy in urinary tract infection in pregnancy.
Clin Perinatol 1: 423-433, 1974

Robertson JG, Livingstone JRE, Isdale MH:
The management and complications of asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Report of a study on 8 275 patients.
J Obstet Gynaecol Br Comm 75: 59-65, 1968

Rubinoff H:
Urinary tract infections.
Primary Care 4: 617-628, 1977

• Savage WE, Hajj SN, Kass EH:
Demographic and prognostic characteristics of bacteriuria in pregnancy.
Medicine 46: 385-407, 1967

Schechter H, Leonard CD, Scribner BH:
Chronic pyelonephritis as a cause of renal failure in dialysis candidates. Analysis of 173 patients.
JAMA 216: 514-517, 1971

Sleigh JD, Robertson JG, Isdale MH:
Asymptomatic bacteriuria in pregnancy.
J Obstet Gynaecol Br Comm 71: 74-81, 1964

Stamey TA:
Urinary Infections.
Williams and Wilkins, 1972

Stuart KL, Cummins GTM, Chin WA:
Bacteriuria, prematurity, and the hypertensive disorders of pregnancy.
Br Med J 1: 554-556, 1965

Whalley P:
Bacteriuria of pregnancy.
Am J Obstet Gynecol 97: 723-738, 1967

Whalley PJ, Cunningham EG:
Short-term versus continuous antimicrobial therapy for asymptomatic bacteriuria in pregnancy.
Obstet Gynecol 49: 262-265, 1977

Williams G:
Renal disease in pregnancy.
J Clin Pathol 10 (suppl): 77-90, 1976

Williams JD, Leigh DA, Rosser EI et al.:
The organization and results of a screening programme for the detection of bacteriuria in pregnancy.
J Obstet Gynaecol Br Comm 72: 327-335, 1965

• Zinner SH, Kass EH:
Long-term (10 to 14 years) follow-up of bacteriuria of pregnancy.
N Engl J Med 285: 820-824, 1971

67. Caries dentaires

Anderson DL:
Significance of surface size of intra-oral carcinoma.
J Can Dent Assoc 32: 212-223, 1966

Anonyme:
Fluoridation of water supplies in Ireland.
Br Dent J 131: 97, 1971

Barmes DE:
Features of the oral health care across cultures.
Int Dent J 26: 353-368, 1976

Becks H:
Carbohydrate restriction in the prevention of dental caries using the L.A. count as one index.
J Cal State Dent Assoc 26: 53-58, 1950

Berman DS, Slack GL:
Caries progression and activity in approximal tooth surfaces. A longitudinal study.
Br Dent J 134: 51-57, 1973

Bibby BG:
Inferences from natural occurring variations in caries prevalence.
J Dent Res 49: 1194-1199, 1970

Blayney JR, Hill IN:
Fluorine and dental caries.
J Am Dent Assoc 74: 223-302, 1967

Boggs DG, Schork MA:
Determination of optimal time-lapse for recall of patients in an incremental dental care program.
J Am Dent Assoc 90: 644-653, 1975

Buonocore MG:
Caries prevention in pits and fissures sealed with an adhesive resin polymerized by ultraviolet light: a two-year study of a single adhesive application.
J Am Dent Assoc 82: 1090-1093, 1971

• Burt BA:
Fluoridation of public water supplies, in *Dental Public Health. An Introduction to Community Dentistry.* (eds Slack GL, Burt BA).
Wright, 1974, pp 45-68

Burt BA, Petterson EO:
Fluoridation: development in Sweden.
BR Dent J 133: 57-59, 1972

Caldwell RC, Stallard RE:
A Textbook of Preventive Dentistry.
Saunders, 1977

Carlos JP:
Opening remarks. mechanisms of action of fluorides in caries prevention.
Caries Res 2 (suppl I): XV, XVI – 1977

Carlos JP (Ed):
Prevention and oral health.
DHEW Publ no (NIH) 74: 707, 1973

• Davies GN:
Fluoride in the prevention of dental caries. A tentative cost-benefit analysis.
Br Dent J 135: 131-134, 173-174, 233-235, 293-297 and 333-336, 1973

Dean HT:
Domestic water and dental caries. V. Additional studies of the relation of fluoride domestic waters to dental caries experience in 4 425 white children, aged 12 to 14 years, of 13 cities in 4 States.
Public Health Rep 57: 1155-1179, 1942

Dean HT, Arnold FA Jr, Jay P et al.:
Studies on mass control of dental caries through fluoridation of the public water supply.
Public Health Rep 65: 1403-1408, 1950

Finn SB:
Clinical Periodontics. (4th ed);
Saunders, 1973

Galagan DJ, Law FE, Waterman GE et al.:
Dental health status of children 5 years after completing school care programs.
Public Health Rep 79: 145-154, 1964

Goldstein P:
Fluoridation Canada, 1970.
J Can Dent Assoc 36: 206-209, 1970

Grainger RM:
Orthodontic Treatment Priority Index.
US DHEW, Nat Center for Health Stat Pub 1000, series 2, no 25, 1967

Gray PG, Todd JE, Slack GL et al.:
Adult dental health in England and Wales in 1968.
HMSO, 1970

Grewe JM, Gorlin RJ, Meskin LH:
Human tooth mortality: a clinical-statistical study.
J Am Dent Assoc 72: 106-112, 1966

Gustafsson BE, Quensel CE, Lanke LS et al.:
The Vipeholm dental caries study. The effect of various levels of carbohydrate intake on caries activity in 436 individuals observed for five years.
Acta Odontol Scand 11: 232-264, 1954

Harris R:
Biology of the children of Hopewood House, Bowal, Australia, 4. Observations of dental caries experience extending over five years (1957-1961).
J Dent Res 42: 1387-1399, 1963

Haugejorden O, Slack GL:
Progression of approximal caries in relation to radiographic scoring codes. A pilot study.
Acta Odontol Scand 33: 211-217, 1975

Hilleboe HE, Schlesinger FR, Chase HC et al.:
Newburgh-Kingston caries fluorine study: final report.
J Am Dent Assoc 52: 290-295, 1956

Holloway PJ:
The success of restorative dentistry.
Int Dent J 25: 26-30, 1975

Horowitz HS:
Effect on dental caries of topically applied acidulated phosphate-fluoride: results after two years.
J Am Dent Assoc 78: 568-572, 1969

Hutton WL, Linscott BW, Williams DD:
Final report of local studies on water fluoridation in Brantford.
Can J Public Health 47: 89-92, 1956

Jenkins GN:
Enamel protective factors in food.
J Dent Res 49: 1318-1325, 1970

• Koch G, Lindhe J:
The state of gingivae and the caries-increment in school-children during and after withdrawal of various prophylactic measures, in *Dental Plaque. A Symposium held in the University of Dundee*, 1969. (ed McHugh WD).
Livingstone, 1970, pp 271-281

• Mandel ID:
Effects of dietary modifications on caries in humans.
J Dent Res 49: 1201-1211, 1970

Marken KE:
The training of observers, in *Advances in Fluorine Research and Dental Caries Prevention. Vol 4. Proceedings of the 12th Congress of the European Organisation for Research on Fluorine and Dental Caries Prevention*, 1965. (eds James PMC, Konig KG, Held HR).
Pergamon, 1966, pp 81-88

McClure EJ:
Water fluoridation – the Search and the Victory.
US DHEW National Institute of Dental Research, 1970

• McHugh WD:
Prevention in dental public health, in *Dental Public Health. An Introduction to Community Dentistry.* (eds Slack GL, Burt BA).
Wright, 1974, pp 10-44

McKay FS:
The relation of mottled enamel to caries.
J Am Dent Assoc 15: 1429-1437, 1928

Mills LF:
Epidemiologic studies of occlusion. IV. The prevalence of malocclusion in a population of 1 455 school children.
J Dent Res 45: 332-336, 1966

• Navia JM:
Nutrition and oral diseases, in *a Textbook of Preventive Dentistry.* (eds Caldwell RC, Stallard RE).
Saunders, 1977, pp 118-153

• Nutrition Canada:
Rapport sur l'hygiène dentaire.
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1977.

• OMS:
Fluor et santé.
Série de monographies, no 59, 1972

Russell AL:
International nutrition surveys: a summary of preliminary dental findings.
J Dent Res 42: 233-244, 1963

Russell AL:
The epidemiology of dental caries and periodontal diseases, in *The Dentist, his Practice, and his Community.* (2nd ed).
(eds Young WO, Striffler DF, Russell AL).
Saunders, 1969, pp 73-86

• Sheiman A:
Is there a scientific basis for six-monthly dental examinations?
Lancet 2: 442-444, 1977

Slack GL, Burt BA (eds):
Dental Public Health. An Introduction to Community Dentistry.
Wright, 1974

Statistique Canada
Causes de décès: par province selon le sexe et le Canada selon le sexe et l'âge, 1973.
Gouvernement du Canada, 1974, (cat. no CS84-203/1973).

• Torell P, Ericsson Y:
The value in caries prevention of methods for applying fluorides topically to the teeth.
Int Dent J 17: 564-581, 1967

Trott JR, Cross HG:
An analysis of the principal reasons for tooth extraction in 1813 patients in Manitoba.
Dent Pract (Bristol) 17: 20-27, 1966

68. Troubles orthodontiques

Barber TK:
Prevention of malocclusion and Minor Orthodontics in *a Textbook of Preventive Dentistry.* (eds Caldwell RC, Stallard RE).
Saunders, 1977, pp 351-389

Helm S:
Epidemiology and public health aspects of malocclusion.
J Dent Res 56: C27-C31, 1977

Kelly JE:
An Assessment of the Occlusion of the Teeth of Youths 12-17 years, United States.
Vital and Health Stats Series 11, no 162.
(DHEW Publ no (HRA) 77-1644, US Govern Printing Office, 1977

Mills LF:
Epidemiologic studies of occlusion. IV. The prevalence of malocclusion in a population of 1 455 school children.
J Dent Res 45: 332-336, 1966

• Nutrition Canada:
Rapport sur l'hygiène dentaire.
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1977

• Rehak JR:
Corrective orthodontics.
Dent Clin North Am 13: 437-450, 1969

• *Report of the Minister of Health, British Columbia and the President, College of Dental Surgeons:*
Children's Dental Health. Research Protect.
Queens Printer BC, 1975

Summers CJ:
The occlusal index: a system for identifying and scoring occlusal disorders.
Am J Orthodontol 59: 552-567, 1971

• Thompson GW, Popovich F:
A longitudinal evaluation of the Burlington growth centre data.
J Dent Res 56: C71-C78, 1977

69. Parodontite

Allen EF:
Statistical study of the primary causes of extraction.
J Dent Res 23: 453-458, 1944

Anonyme:
Selected examination findings related to periodontal disease among adults, United States 1960-1962.
(DHEW Publ (HRA) 75-1293) US Govern Printing Office, 1974

Greene JC:
Oral hygiene and periodontal disease.
Am J Public Health 53: 913-922, 1963

Koch G, Lindhe J:
The effect of supervised oral hygiene on the gingiva of children. The effect of toothbrushing.
Odont Revy 16: 327-335, 1965

Lovdal A, Arno A, Schei O et al.:
Combined effect of subgingival scaling and controlled oral hygiene on the incidence of gingivitis.
Acta Odontol Scand 19: 537-555, 1961

• McHugh WD:
Prevention in dental public health, in *Dental Public Health. An introduction to Community Dentistry.* (eds Slack GL, Burt BA).
Wright, 1974, pp 10-44

National Center of Health Statistics:
Selected Dental Findings in Adults by Age, Race and Sex, United States 1960-1962.
(Publ 1000, series 11, no 7, Div Health Exam Stats) US Govern Printing Office, 1965

• Nutrition Canada:
Rapport sur l'hygiène dentaire.
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1977.

Pelton WJ et al.:
The Epidemiology of Oral Health.
Harvard Univ Press, 1969
Am Public Health Assoc, (Vital and Health Stat monographs)

Pelton WJ, Pennell EH, Druzina A:
Tooth morbidity experience of adults.
J Am Dent Assoc 49: 439-445, 1954

Ramfjord SP:
Indices for prevalence and incidence of periodontal disease.
J Periodontal 30: 51-59, 1959

Russell AL:
A system of classification and scoring for prevalence surveys of periodontal disease.
J Dent Res 35: 350-359, 1956

• Shapiro L:
Periodontal disease: prevention and control in *a Textbook of Preventive Dentistry.* (eds Caldwell RC, Stallard RE).
Saunders, 1977, pp 244-249

Stahl SS, Morris AL:
Oral health conditions among army personnel at the army engineering center.
J Periodontol 26: 180-185, 1955

• Suomi JD:
Prevention and control of periodontal disease.
J Am Dent Assoc 83: 1271-1287, 1971

70. Accidents de véhicules automobiles

Anonyme:
The 1964 California Driver Record Study.
State of California, Research and Statistics Section, 1964

Armstrong JD:
Physician attitudes to reporting patients who shouldn't drive.
Ont Med Rev 44: 123-128, 1977

Baker SP, Spitz WU:
An evaluation of the hazard created by natural death at the wheel.
N Engl J Med 283: 405-409, 1970

Barmack JE, Payne DE:
Injury-oroducing private motor vehicle accidents among airmen: psychological models of accident-generating processes.
J Psychol 52: 3-24, 1961

Bjerver K, Goldberg L:
Effect of alcohol ingestion on driving ability.
Q J Stud Alcohol 11: 1-30, 1950

Borkenstein RF:
Efficacy of law enforcement procedures concerning alcohol, drugs and driving.
Mod Probl Pharmacopsychiatry 11: 1-10, 1976

Brown ID, Tickner AH, Simmonds DC:
Effects of prolonged driving upon driving skill and performance of a subsidiary task.
Ind Med Surg 35: 760-765, 1966

Burg A:
Vision and driving: a report on research.
Hum Factors 13(1): 79-87, 1971

California Dept of Motor Vehicles:
The 1964 California Driver Record Study: Report, prepared by Research and Statistics Section, in cooperation with Division of Drivers Licences.
Sacramento, 1964

Case HW, Hulbert S, Mellinger RL:
Effects of Fatigue on Skills Related to Driving.
Inst Transport Traffic Eng Report, Univ California, LA, 1970

Cohen J, Preston B:
Causes and Prevention of Road Accidents.
Faber & Faber, 1968

Conley JA, Smiley R:
Driver licensing tests as a predictor of subsequent violations.
Hum Factors 18: 565-574, 1976

Coppin RS, Peck RC:
The totally deaf driver in California.
Highway Res Rec 79: 35-44, 1965

Crancer A, McMurray L:
Accident and Violation Rates of Washington Drivers with Medical Licensing and Driving Restrictions.
Washington State, Dept Motor Vehicles Report, 007, 1968

Crancer A, O'Neall PA:
A Record Analysis of Washington Drivers with License Restrictions for Heart Disease.
Washington State, Dept Motor Vehicle Report, 025, 1969

Crancer A, Quiring DL:
Driving Records of Persons Hospitalized for Suicide Gestures.
Washington State, Dept Motor Vehicles Report, 014, 1968

Crancer A, Quiring DL:
Driving Records of Persons with Selected Chronic Diseases.
Washington State, Dept Motor Vehicle Report. 015, 1968

Crancer A Jr, McMurray L:
Accident and violation rates of Washington's medically restricted drivers.
JAMA 205: 272-276, 1968

Cresswell WL, Froggatt P:
The Causation of Bus Driver Accidents. An Epidemiological Study.
Oxford Univ Press, 1963

Dale A (Ed):
The Role of the Drinking Driver in Traffic Accidents.
Indiana University, Dept Police Admin, Bloomington, 1964

Forbes TW, Katz MC, Cullen JW et Al.:
Sleep deprivation effects on components of driving behavior.
Highway Res Abstr 28(1): 21-26, 1958

Frank MG:
Suicide in Automobile Accidents.
Richmond, Virginia, 1964, (bul 147)

Fraser BA, Buck L, McKendry JBR:
Psychomotor performance during insulin-induced hypoglycemia.
Can Med Assoc J 110: 513-518, 1974

Freimuth HC, Watts SR, Fisher RS:
Alcohol and highway fatalities.
J Forensic Sci 3: 65-71, 1958

Froggatt P:
The influence of age upon the accident experience of bus drivers.
Ann Occup Hyg 5: 53-67, 1962

• Galasko CSB, Edwards DH:
The use of seat belts by motor car occupants involved in road traffic accidents.
Injury 6: 320-324, 1975

Greenshields BD:
Changes in Driver Performance with Time in Driving.
Univ. Michigan Press, 1963

Haddon W Jr, Bradess VA:
Alcohol in the single vehicle fatal accident; experience of Westchester County, New York.
JAMA 169: 1587-1593, 1959

Harrington DM, McBride RS:
Traffic violations by type, age, sex and marital status.
Accident Analysis Prev 2: 67-79, 1970

Herbert MJ, Jaynes WE:
Performance Decrement in Vehicle Driving.
US Army Med Res Lab Fort Knox, Report no 597, 1963

Herner B, Smedby B, Ysander L:
Sudden illness as a cause of motor-vehicle accidents.
Br J Industr Med 23: 37-41, 1966

Holcomb RL:
Alcohol in relation to traffic accidents.
JAMA 111: 1076-1085, 1938

• Hossack D, Brown G:
The hard facts of the influence of alcohol on serious road accident casualties.
Med J Aust 2: 473-479, 1974

Hulbert S, Case HW:
Blood sugar level and fatigue effects on simulated driving test.
Inst Transport Traffic Eng Report 63-53, Univ California, LA 1963

Hulbert SF, Burg A, Knoll HA et al.:
A preliminary study of dynamic visual acuity and its effects in motorists' vision.
J Am Optom Assoc (Jan): 359-364, 1958

Keeney AH:
Visual factors in automobile driving, and provisional standards.
Arch Ophthalmol 81: 865-871, 1969

Kelley AB:
Motorcycles and public apathy.
Am J Public Health 66: 475-476, 1976

Kleitman JN:
Sleep and Wakefulness.
Univ Chicago Press, 1963

• Korcok M:
Conferences view auto deaths: the neglected disease.
Can Med Assoc J 111: 847-849, 1974

Lewis EM, Sarlanis K:
The effects of alcohol on decision making with respect to traffic signals.
Injury Control Res Lab Report 08-4, Washington, 1969

Loomis TA, West TC:
The influence of alcohol on automobile driving ability.
Q J Stud Alcohol 19: 30-46, 1958

Lucas GH et al.:
Quantitative Studies of the Relationship between Alcohol Levels and Motor Vehicle Accidents.
Proc Int Cong Alcohol and Road Traffic, 139-142, 1955

McCarroll JR, Haddon W:
Controlled study of fatal automobile accidents in New York City.
J Chronic Dis 15: 811-826, 1962

McFarland RA:
Health and safety in transportation.
Public Health Rep 73: 663-680, 1958

McFarland RA, Domey RG, Duggar BC et al.:
An evaluation of the ability of amputees to operate highway transport equipment.
Vocational Rehab Admin, Boston (rd-592), 1968

McFerland RA, Moore RC, Warren AB:
Human Variables in Motor Vehicles Accidents; a Review of the Literature.
Harvard School Public Health, 1955

McFarland RA, Moseley AL:
Human Factors in Highway Transportation Safety.
Harvard School Public Health, 1954

Metropolitan Life:
Cycling accident fatalities in the U.S.
Stat Bull Metropol Life Ins Co 57 (June): 2-4, 1976

Michiels W:
L'appréciation de l'aptitude à conduire des personnes âgées en bonne santé.
Ther UMSCH 31: 597-600, 1974

Murray TJ, Foley A:
Narcolepsy.
Can Med Assoc J 110: 63-66, 1974

National Safety Council:
Accident Facts.
Stat Div Nat Safety Council, 111, 1969

Neumann CG, Neumann AK, Cockrell ME et al.:
Factors associated with child use of automobile restraining devices. Knowledge, attitudes, and practice.
Am J Dis Child 128: 469-474, 1974

New Jersey Traffic Safety Service:
New Jersey Alcohol Determination Program in Fatal Traffic Accident Cases; Report of Findings, Three-year Study – 1961-1963.
Trenton, NJ, 1964

Nielson RA:
Alcohol Involvement in Fatal Motor Vehicle Accidents.
California Traffic Safety Foundation, San Francisco, 1965

Nielson RA:
A survey of Post-mortem Blood-alcohols from 41 California Counties in 1966.
California Traffic Safety Foundation, San Francisco, 1967

Perrine MW:
Alcohol involvement in highway crashes. A review of the epidemiologic evidence.
Clin Plast Surg 2: 11-34, 1975

Platt FN:
A new method of evaluating the effects of fatique on driver performance.
Hum Factors 6: 351-358, 1964

Raffle A (ed):
Medical Aspects of Fitness to Drive: A Guide for Medical Practitioners. (2nd ed).
Medical Commission Accident Prevention, 1971

• Raffle PAB:
The contribution of medical surveillance to road safety.
Proc R Soc Med 70: 240-243, 1977

Richards WO:
Motorist vision and the driver's license.
Traffic Q 20: 3-20, 1966

Robertson LS:
Estimates of motor vehicle seat belt effectiveness in use: implications for occupant crash protection.
Am J Public Health 66: 859-864, 1976

Rodger JR:
The sleepy driver as a preventive medicine problem.
GP 14(2): 90-94, 1956

Schmidt WS, Smart RG:
Alcoholics, drinking and traffic accidents.
Q J Stud Alcohol 20: 631-644, 1959

Shaw L, Sichel HS:
Accident Proneness: Research in the Occurence, Causation, and Prevention of Road Accidents.
Pergamon Press, 1971

Shelness A, Charles S:
Children as passengers in automobiles: the neglected minority on the nation's highways.
Pediatrics 56: 271-284, 1975

Shupe LM, Pfau RO:
Who are these Drinking Drivers? (Proceedings of the 4th International Conference on Alcohol and Traffic Safety).
Indiana Univ, Bloomington, Indiana, 1965, pp 62-82

Smart RG, Schmidt WS:
Psychosomatic disorders and traffic accidents.
J Psychosom Res 6: 191-197, 1962

Speca JM, Cowell HR:
Minibike and motorcycle accidents in adolescents. A new epidemic.
JAMA 232: 55-56, 1975

Sullivan HW:
California study finds high incidence of natural causes in driver fatalities.
Traffic Safety 68(6): 36-37, 1968

Trinca GW, Dooley BJ:
The effects of mandatory seat belt wearing on the mortality and pattern of injury of car occupants involved in motor vehicle crashes in Victoria.
Med J Aust 1: 675-678, 1975

Waller JA:
Alcohol and traffic accidents: can the Gordian knot be broken?
Traffic Safety Res Rev 10: 14-21, 1966

Waller JA:
Cardiovascular disease, aging, and traffic accidents.
J Chronic Dis 20: 615-620, 1967

Waller JA:
Chronic medical conditions and traffic safety. A review of the California experience.
N Engl J Med 273: 1413-1420, 1965

Waller JA:
Medical Impairment to Driving.
Thomas, 1973

Waller JA:
Traffic accidents: chronic medical conditions as a cause.
California Med 105: 197-200, 1966

Waller JA, Coo JT:
Highway crash and citation patterns and chronic medical conditions.
J Safety Res 1: 13-27, 1969

Warren N, Clark B:
Blocking in mental and motor tasks during a 65-hour vigil.
J Exp Psychol 21: 97-105, 1937

West I, Nielsen GL, Gilmore AE et al.:
Natural death at the wheel.
JAMA 205: 266-271, 1968

Yoss RA:
The sleepy driver. Test to measure ability to maintain alertness and its application in driving.
Mayo Clin Proc 44: 769-783, 1969

Ysander L:
Diabetic motor-vehicle drivers without driving-licence restrictions.
Acta Chir Scand (suppl) 409: 45-53, 1970

Ysander L:
Sick and handicapped drivers. A study on the risks of sudden illness at the wheel and on the frequency of road accidents and traffic offences in chronically sick, disabled, and elderly drivers.
Acta Chir Scand (suppl) 409: 9-82, 1970

Ysander L:
The safety of drivers with chronic disease.
Br J Industr Med 23: 28-36, 1966

71. Accidents (autres que les accidents de véhicules automobiles)

• Allan JL:
Childhood accidents.
Aust Paediatr J 12: 113-117, 1976

Barnes F:
Accidents in the first three years of life.
Child: Care, Health and Development 1: 421-433, 1975

Cullinan TR:
Children at risk of accident.
Community Health (Bristol) 2: 175-178, 1971

• Deeths TM, Breeden JT:
Poisoning in children – a statistical study of 1 057 cases.
J Pediatr 78: 299-305, 1971

• Dershewitz RA, Williamson JW:
Prevention of childhood household injuries: a controlled clinical trial.
Am J Public Health 67: 1148-1153, 1977

Feck G, Baptiste M, Greenwald P:
The incidence of hospitalized burn injury in upstate New York.
Am J Public Health 67: 966-967, 1977

Haggerty R:
Childhood poisoning: on overview.
Pediatr Clin North Am 17: 473-475, 1970

Jackson RH, Wilkinson AW:
Why don't we prevent childhood accidents?
Br Med J 1: 1258-1261, 1976

Johnson CJ, Carter AP, Harlin VK et al.:
Student injuries due to aggressive behavior in the Seattle public schools during the school year 1969-1970.
Am J Public Health 64: 904-906, 1974

• Manheimer DI, Dewey J, Mellinger GD et al.:
50 000 child-years of accidental injuries.
Public Health Rep 81: 519-533, 1966

Margolis JA, Yale child study center:
Psychosocial study of childhood poisoning: a 5-year follow-up.
Pediatrics 47: 439-444, 1971

Spiegel CN, Lindaman FC:
Children can't fly: a program to prevent childhood morbidity and mortality from window falls.
Am J Public Health 67: 1143-1147, 1977

72. Scoliose

• Andriacchi TP, Schultz AB, Belytschko TB et al.:
Milwaukee brace correction of idiopathic scoliosis. A biomechanical analysis and a restrospective study.
J Bone Joint Surg (Am) 58: 806-815, 1976

Brooks HL, Azen SP, Gerberg E et al.:
Scoliosis: a prospective epidemiological study.
J Bone Joint Surg (Am) 57: 968-972, 1975

Brown JC, Bonnett CA, Workman A:
A new approach to the prevention of scoliosis. (abstr).
J Bone Joint Surg (Am) 58: 280, 1976

Collis DK, Ponseti AV:
Long-term follow-up of patients with idiopathic scoliosis not reated surgically.
J Bone Joint Surg (Am) 51: 425-445, 1969

Drummond DS, Fowles JV, Ecuyer S et al.:
Untreated scoliosis in the adult. (abstr).
J Bone Joint Surg (Am) 58: 156, 1976

Edmonson AS, Morris JT:
Follow-up study of Milwaukee brace treatment in patients with idiopathic scoliosis.
Clin Orthop 126: 58-61, 1977

Goldstein LA:
Treatment of idiopathic scoliosis by Harrington instrumentation and fusion with fresh autogenous iliac bone grafts: results in eighty patients.
J Bone Joint Surg (Am) 51: 209-222, 1969

Lonstein JE:
Screening for spinal deformities in Minnesota schools.
Clin Orthop 126: 33-43, 1977

• Mellencamp DD, Blount WP, Anderson AJ:
Milwaukee brace treatment of idiopathic scoliosis. Late results.
Clin Orthop 126: 47-57, 1977

• Piggott H:
Treatment of scoliosis by posterior fusion, Harrington instrumentation and early walking.
J Bone Joint Surg (Br) 58: 58-63, 1976

• Ponder RC, Dickson JH, Harrington PR et al.:
Results of Harrington instrumentation and fusion in the adult idiopathic scoliosis patient.
J Bone Joint Surg (Am) 57: 797-801, 1975

Rogala EJ, Drummond DS, Gurr J:
Scoliosis: incidence and natural history. A prospective epidemiological study.
J Bone Joint Surg (Am) 60: 173-176, 1978

Watts HG, Hall JE, Stanish W:
The Boston brace system for the treatment of low thoracic and lumbar scoliosis by the use of a girdle without superstructure.
Clin Orthop 126: 87-92, 1977

73. Pelvispondylite rhumatismale

Brewerton DA, Cockburn C, James DC et Al.:
HLA antigens in sarcoidosis.
Clin Exp Immunol 27: 227-229, 1977

• Schlosstein L, Terasaki PI, Bluestone R et al.:
High association of an HL-A antigen, W27, with ankylosing spondylitis.
N Engl J Med 288: 704-706, 1973

74. Polyarthrite rhumatoïde

Acheson RM, Chang YK, Payne M:
New Haven survey of joint diseases: the inter-relationship between morning stiffness, nocturnal pain and swelling of the joints.
J Chron Dis 21: 533-542, 1969

Acheson RM, Crago A, Weinerman RE:
New Haven survey of joint diseases. XIII: Institutional and social care for the arthritic.
J Chron Dis 23: 843-860, 1971

• Acheson RM, Ginsburg GN:
New Haven survey of joint diseases. XVI: Impairment, disability, and arthritis.
Br J Prev Soc Med 27: 168-176, 1973

• Allander E:
Conflict between epidemiological and clinical diagnosis of rheumatoid arthritis in a population sample.
Scand J Rheumatol 2: 109-112, 1973

Allander E:
Prevalence, incidence and remission rates of some common rheumatic diseases or syndromes.
Scand J Rheumatol 3: 145-153, 1974

Chenoy NC, Spitzer WO, Anderson GD:
Nurse practitioners in primary care. II. Prior attitudes of a rural population.
Can Med Assoc J 108: 998-1003, 1973

Cobb S:
The Frequency of the Rheumatic Disease.
Harvard Univ Press, 1971

Cobb S, Thompson DJ, Rosenbaum J et Al.:
On the measurement of prevalence of arthritis and rheumatism from interview data.
J Chron Dis 3: 134-139, 1956

Decker JL:
The final common pathway.
Arthritis Rheum 16: 765-770, 1973

• Digest of data on the rheumatic diseases: Arthritis and rheumatism council field unit for epidemiological investigation. (Statistical appendix).
Ann Rheum Dis 33: 93-105, 1974

Elder R, Acheson RM:
New Haven Survey of joint diseases. XIV. Social class and behavior in response to symptoms of ostec-arthritis.
Milbank Mem Fund Q 48: 449-502, 1970

Gordon T, Engel A:
Osteoarthritis in U.S. Adults, in *Population Studies of th Rheumatic Diseases — Proceedings of the Third International Symposium.* (eds Bennet PH, Wood PHN.
Excerpta Medica Foundation, 1968

Mechanic D:
Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints.
N Engl J Med 286: 1132-1139, 1972

Mikkelsen WM, Dodge H:
A four year follow-up of suspected rheumatoid arthritis: The Tecumseh, Michigan Community Health Study.
Arthritis Rheum 12: 87-91, 1969

O'Brien WM, Clemett AR, Acheson RM:
Symptoms and patterns of osteo-arthritis in the hand in the New Haven survey of joint diseases, in *Population Studies of the Rheumatic Diseases — Proceedings of Third International Symposium.* (eds Bennet PH, Wood PHN).
Excerpta Medica Foundation, 1968

Ross J:
A study of morbidity in family practice.
Can Fam Physician 18: 105-115, 1972

Sackett DL, Spitzer WO, Gent M et Al.:
The Burlington randomized trial of the nurse practitioner: health outcome of patients.
Ann Intern Med 80: 137-142, 1974

• Spitzer WO, Harth M, Goldsmith CH et al.:
The arthritic complaint in primary care: prevalence, related disability, and costs.
J Rheumatol 3: 88-99, 1976

Vayda E, Paisley L, Baskin M et al.:
Health care attitudes in North-End Hamilton.
Ont Med Rev 41: 544-550, 1974

Wolfe AM:
The epidemiology of rheumatoid arthritis: a review.
Bull Rheum Dis 19: 518-529, 1968

75. Ulcère gastro-duodénal (peptique)

• Anderson WE, Ullrich IH (eds):
The therapy of peptic ulcer disease.
W VA MED J 74: 57-61, 1978

Bellows JG:
Cimetidine therapy for peptic ulcer.
Comprehensive Therapy 4(3): 3-4, 1978

Binder HJ, Cocco A, Crossley RJ et al.:
Cimetidine in the treatment of duodenal ulcer. A multicenter double blind study.
Gastroenterology 74: 380-388, 1978

Blackwood WS, Maudgal DP, Pickard RG et al.:
Cimetidine in duodenal ulcer.
Lancet 2: 174-176, 1976

Bodemar G, Walan A:
Cimetidine in the treatment of active duodenal and prepyloric ulcers.
Lancet 2: 161-164, 1976

Brimblecombe RW, Duncan WA, Durant GJ et al.:
Characterization and development of cimetidine as a histamine H2-receptor antagonist.
Gastroenterology 74: 339-347, 1978

Chernov MS, Hale HWJ, Wood, M:
Prevention of stress ulcers.
Am J Surg 122: 674-677, 1971

Clayman CB:
Evaluation of cimetidine (tagamet). An antagonist of hydrochloric acid secretion.
JAMA 238: 1289-1290, 1977

Davies WA, Reed PI:
Controlled trial of duogastrone in duodenal ulcer.
Gut 18: 78-83, 1977

Delaney JC, Ravey M:
Cimetidine and mental confusion. (Letter).
Lancet 2: 512, 1977

Éditorial:
Drugs for duodenal ulcer.
Lancet 2: 1012-1013, 1977

• Fordtran JS:
Placebos, antacids and cimetidine for duodenal ulcer.
N Engl J Med 298: 1081-1083, 1978

Fordtran JS, Morawski SG, Richardson CT:
In vivo and in vitro evaluation of liquid antacids.
N Engl J Med 288: 923-928, 1973

Frost F, Rahbek I, Rune SJ et al.:
Cimetidine in patients with gastric ulcer: a multicentre controlled trial.
Br Med J 2: 795-799, 1977

Gillespie G, Gray GR, Smith IS et al.:
Short-term and Maintenance Cimetidine Treatment in Severe Duodenal Ulceration.
Proceedings of the Second International Symposium on Histamine H2 Receptor Antagonists 240-249, 1977

Grimson TA:
Reactions to cimetidine. (Letter).
Lancet 1: 858, 1977

Haggie SJ, Fermont DC, Wyllie JH:
Treatment of duodenal ulcer with cimetidine.
Lancet 1: 983-984, 1976

Hall WH:
Breast changes in males on cimetidine. (Letter).
N Engl J Med 295: 841, 1976

Hetzel DJ, Hansky J, Shearman DJC et al.:
Cimetidine treatment of duodenal ulceration. Short term clinical trial and maintenance study.
Gastroenterology 74: 389-392, 1978

• Hollander D, Harlan J:
Antacids vs placebos in peptic ulcer therapy. A controlled double-blind investigation.
JAMA 226: 1181-1185, 1973

Hugh TB:
Ulcer revolution.
Med J Aust 2: 380, 1977

Jeejeebhoy KN:
Symposium on peptic ulcer disease.
I. Medical treatment of peptic ulcer.
Can J Surg 21: 17-18, 1978

Kaehny WD, Hegg AP, Alfrey AC:
Gastrointestinal absorption of aluminum from aluminum-containing acids..
N Engl J Med 296: 1389-1390, 1977

Langman MJS:
Carbenoxolone sodium: its role in ulcer healing.
Drugs 11: 241-244, 1976

Littman A, Welch R, Fruin RC et al.:
Controlled trials of aluminum hydroxide gels for peptic ulcer.
Gastroenterology 73: 6-10, 1977

MacGregor IL:
Treatment of peptic ulcer.
NZ Med J 86: 86-88, 1977

Mackay C:
Prevalence of peptic ulcer and its complications.
Scott Med J 22: 288-289, 1977

Peterson WL, Sturdevant RAL, Franki HD et al.:
Healing of duodenal ulcer with an antacid regimen.
N Engl J Med 297: 341-345, 1977

• Pfeiffer CJ, Fodor J, Geizercva H:
An epidemiologic study of the relationships on peptic ulcer disease in 50-54 year old urban males with physical, health and smoking factors.
J Chron Dis 26: 291-302, 1973

• Pinder RM, Brogden RN, Sawyer PR et al.:
Carbenoxolone: a review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in peptic ulcer disease.
Drugs 11: 245-307, 1976

Robinson TJ, Mulligan TO:
Cimetidine and mental confusion. (letter).
Lancet 2: 719, 1977

Saunders JHB, Wormsley KG:
Long-term effects and after-effects of treatment of duodenal ulcer with metiamide.
Lancet 1: 765-770, 1977

Sturdevant RAL, Isenberg JI, Secrist D et al.:
Antacid and placebo produced similar pain relief in duodenal ulcer patients.
Gastroenterology 72: 1-5, 1977

• Wallace WA, Orr CME, Bearn AR:
Perforation of chronic peptic ulcers after cimetidine.
Br Med J 2: 865-866, 1977

Wormsley KG:
Testing anti-ulcer drugs. (Letter).
Lancet 2: 719, 1977

76. Cholélithiase

Adlercreutz H, Tenhunen R:
Some aspects of the interaction between natural and synthetic female sex hormones and the liver.
Am J Med 74: 630-648, 1970

Baker HL, Hodgson JR:
Further studies on the accuracy of oral cholecystography.
Radiology 74: 239-245, 1960

• Bell GD, Whitney B, Dowling RH:
Gallstone dissolution in man using chenodeoxycholic acid.
Lancet 2: 1213-1216, 1972

Berk RN, Clemett AR:
Radiology of the Gallbladder and Bile Ducts.
Saunders, 1977

Burhenne HJ:
Problem areas in the biliary tract.
Curr Probl Radiol 5: 1-40, 1975

Burhenne HJ, Obata WG:
Single-visit oral cholecystography.
N Engl J Med 292: 627-628, 1975

Cooper J, Geizerova H, Oliver MF:
Clofibrate and gallstones. (letter).
Lancet 1: 1083, 1975

• Coyne MJ, Bonirris GG, Cheung A et al.:
Treatment of gallstones with chenodeoxycholic acid and phenobarbital.
N Engl J Med 292: 604-607, 1975

Danzinger RG, Gordon H, Schoenfield LJ et al.:
Lethogenic bile in siblings of young women with cholelithiasis.
Mayo Clin Proc 47: 762-766, 1972

• Danzinger RG, Hofmann AF, Schoenfield LJ et al.:
Dissolution of cholesterol gallstones by chenodeoxycholic acid.
N Engl J Med 286: 1-8, 1972

• Dowling RH:
Chenodeoxycholid acid therapy of gallstones.
Clin Gastroenterol 6: 141-163, 1977

Feldman M, Feldman M Jr:
The incidence of cholelithiasis, cholesterosis and liver disease in diabetes mellitus. An autopsy study.
Diabetes 3: 305-307, 1954

• Friedman DG, Kannel WB, Dawber TK:
The epidemiology of gallbladder disease: observations in the Framingham study.
J Chronic Dis 19: 273-92, 1966

Hill GL, Mair WS, Goligher JC:
Gallstones after ileostomy and ileal resection.
Gut 16: 932-6, 1975

Hodgson JR:
The technical aspects of cholecystography.
Radiol Clin North Am 8: 85-97, 1970

• Hofman AF, Thistle JL:
Chenodeoxycholid acid: the Mayo Clinic experience.
Hosp Pract 9(8): 41-48, 1974

Horn G:
Observations on the aetiology of cholelithiasis.
Br Med J 2: 732-737, 1956

• Ingelfinger FJ:
Digestive disease as a national problem. V. Gallstones.
Gastroenterology 55: 102-104, 1968

Iser JH, Dowling RH, Mok HYI et al.:
Chenodeoxycholic acid treatment of gallstones. A follow-up report and analyses of factors influencing response to therapy.
N Engl J Med 293: 378-383, 1975

Karnauchow PN, Nylne GE:
Whither cholecystectomy?
Can J Surg 17: 25-29, 1974

Plant JCD, Percy I, Bates T et al.:
Incidence of gallbladder disease in Canada, England and France.
Lancet 2: 249-251, 1973

Report from the Boston collaborative drug surveillance program:
Oral contraceptives and venous thromboembolic disease, surgically confirmed gallbladder disease, and breast tumours.
Lancet 1: 1399-1404, 1973

Shaffer EA, Small DM:
Gallstone disease: pathogenesis and management.
Curr Probl Surg 13: 3-72, 1976

Sherlock S:
Diseases of the Liver and Biliary System.
(5th ed).
Blackwell Scientific Publ. 1975

Small DM:
Gallstones.
N Engl J Med 279: 588-593, 1968

Stolley PD, Tonascia JA, Tockman MS et al.:
Thrombosis with low-estrogen oral contraceptives.
Am J Epidemiol 102: 197-208, 1975

Sturdevant RA, Pearce ML, Dayton S:
Increased prevalence of cholelithiasis in men ingesting a serum cholesterol lowering diet.
N Engl J Med 288: 24-27, 1973

The coronary drug project research group:
Clofibrate and niacin in coronary heart disease.
JAMA 231: 360-381, 1975

• Thistle JL, Hofman AF:
Efficacy and specificity of chenodeoxycholic acid therapy for dissolving gallstones.
N Engl J Med 289: 655-659, 1973

• Thistle JL, Schoenfield LJ:
Lithogenic bile among young Indian women: (lithogenic potential decreased with chenodeoxycholic acid).
N Engl J Med 284: 177-181, 1971

Van Der Linden W, Lindelof G:
The familial occurrence of gallstone disease.
Acta Genitica Stat Med 15: 159-164, 1965

Vayda E:
A comparison of surgical rates in Canada and in Englandand Wales.
N Engl J Med 289: 1224-1229, 1973

White WW, Fischer HW:
A double blind study of oragrafin and telepaque.
AJR 87: 745-748, 1962

Williams CN, Johnston JL, Weldon KLM:
Prevalence of gallstones and gallbladder disease in Canadian Micmac Indian women.
Can Med Assoc J 117: 758-760, 1977

77. Malaises associés à la retraite

Blake WD:
The adjustment of residents of a home for the aged. (abstract).
J Gerontol 7: 474, 1952

Burgess EW:
The retired person and organizational activities, in *Free Time; Challenge to later Maturity. Conference on Aging*, 1957.
Univ Michigan Press, 1958, pp 151-156

Cottrell F:
The technological and societal basis of aging, in *Handbook of Social Gerontology: Societal Aspects of Aging*. (ed Tibbitts C).
Univ Chicago Press, 1960, pp 92-119

• Dohrenwend BS, Dohrenwend BP:
A brief historical introduction to research on stressful life events, in *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*.
(eds Dohrenwend BS, Dohrenwend BP).
Wiley, 1974, pp 1-5

• Donahue W, Orbach HL, Pollak O:
Retirement: the emerging social pattern. In *Handbook for Social Gerontology: Societal Aspects of Aging*. (ed Tibbitts C).
Univ Chicago Press, 1960, pp 330-406

Goldman S:
Social aging, disorganization, and loss of choice.
Gerontologist 11: 158-162, 1971

Granick S:
Studies of psychopathology in later maturity: review.
J Gerontol 5: 361-369, 1950

Havighurst RJ:
Personality and patterns of aging.
Gerontologist 8 (2, part II): 20-23, 1968

Havighurst RJ, De Vries A:
Life styles and free time activities of retired men.
Hum Dev 12: 34-54, 1969

• Heidbreder EM:
Factors in retirement adjustment: white-collar/blue-collar experience.
Industr Gerontol 12: 69-79, 1972

Hochman J:
The retirement myth, in *Ageing in Today's Society*. (eds Tibbitts C, Donahue W).
Prentice Hall, 1960, pp 366-368

Holmes TH, Rahe RH:
The social readjustment rating scale.
J Psychosom Res 11: 213-218, 1967

Hoyt GC:
The life of the retired in a trailer park.
AJS 59: 361-370, 1953

Hyden S:
Workers' and employers' attitudes toward retirement age and pensions, in *Processes of Aging*. vol 2. (eds William RH, Tibbits C, Donahue W).
Atherton Press, 1963, pp 403-409

• Jaslow P:
Employment, retirement and morale among older women.
J Gerontol 31: 212-218, 1976

Martin J, Doran A:
Evidence concerning the relationship between health and retirement.
Sociol Rev 14: 329-343, 1966

McMahan CA, Ford TR:
Surviving the first five years of retirement.
J Gerontol 10: 212-215, 1955

Myers RJ:
Factors in interpreting mortality after retirement.
J Am Stat Assoc 49: 499-509, 1954

O'Meara JR:
Retirement: Reward or Rejection?
Conference Board, 1977 (Report ser: no 713)

Osborn RW:
Social and economic factors in reporting chronic morbidity.
J Gerontol 26: 217-223, 1971

Owen R (Ed):
Middle Age. (Television Programme).
BBC, London, 1967

Pfeiffer E, Davis GC:
The use of leisure time in middle life.
Gerontologist 11: 187-195, 1971

Reichard S, Livson F, Peterson PC:
Aging and Personality.
Wiley, 1962

Reno V:
Why men stop working at or before age 65.
Industr Gerontol 11: 35-36, 1971

Riesman D:
Some clinical and cultural aspects of aging.
AJS 59: 379-383, 1954

Rowe AR:
Scientists in retirement.
J Gerontol 28: 345-350, 1973

Rowe AR:
The retirement of academic scientists.
J Gerontol 27: 113-118, 1972

• Shanas E:
Health and adjustment in retirement.
Gerontologist 10 (Spring): 19-21, 1970

Simmons LW:
The Role of the Aged in Primitive Society.
Yale Univ, 1945

Simpson IH, McKinney JC:
Social Aspects of Aging.
Duke Univ Press, 1966

Soddy K, Kidson MC:
Men in Middle Life.
Lippincott, 1967

Statistique Canada:
Projections démographiques pour le Canada et les provinces, 1972-2001.
Gouvernement du Canada, 1973, (cat. no CS 91-514).

Streib GF:
Morale of the retired.
Social Problems 3: 270-276, 1956

• Streib GF, Schneider CJ:
Retirement in American Society.
Cornell Univ Press, 1971

• Thompson GB:
Work versus leisure roles: an investigation of morale among employed and retired men.
J Gerontol 28: 339-344, 1973

Tibbitts C:
Retirement problems in American society.
AJS 59: 301-308, 1954

Tibbitts C (Ed):
Aging and Social Health in the United States and Europe.
Univ Michigan Press, 1959

Tissue T:
Another look at self-rated health among the elderly.
J Gerontol 27: 91-94, 1972

Tyhurst JS, Salk L, Kennedy M:
Mortality, morbidity and retirement.
Am J Public Health 47: 1434-1444, 1957

Williams RH:
Changing status, roles, and relationships, in *Handbook of Social Gerontology: Societal Aspects of Aging*. (ed Tibbitts C).
Univ Chicago Press, 1960, pp 261-297

Wolff K:
Geriatric Psychiatry.
Thomas, 1963

78. Incapacité progressive liée à l'âge

• Anderson F:
The effect of screening on the quality of life after seventy.
J R Coll Physicians 10: 161-169, 1976

• Barber JH, Wallis JB:
Assessment of the elderly in general practice.
J R Coll Gen Pract 26: 106-114, 1976

Bergmann K:
Sex differences in the neurotic reaction of the aged.
J Biosoc Sci 2 (Suppl): 137-145, 1970

Comfort A:
Ageing: The Biology of Senescence.
Routledge, 1964

Commission on Chronic Illness (Mayo L, Chairman):
Guides to Action on Chronic Illness.
New York. National Health Council. 1956

Confrey EA, Goldstein M:
The health status of aging people, in *Handbook of Social Gerontology: Societal Aspects of Aging*. (ed Tibbitts C).
Univ Chicago Press, 1960, pp. 165-207

Kay DWK, Beamish P, Roth M:
Old age mental disorder in Newcastle-upon-Tyne. Part 1: A study of prevalence.
Br J Psychiatry 110: 146-158, 1964

• Lowther CP, Macleod RDM, Williamson J:
Evaluation of early diagnostic services for the elderly.
Br Med J 3: 275-277, 1970

• Pike LA:
Screening the elderly in general practice.
J R Coll Gen Pract 26: 698-703, 1976

Sendbuehler JM:
Suicide and attempted suicide among the aged. (Editorial).
Can Med Assoc J 117: 418-419, 1977

Walk D:
Suicide and community care.
Br J Psychiatry 113: 1381-1391, 1967

• Williamson J, Stokoe IH, Gray S:
Old people at home — their unreported needs.
Lancet 1: 1117-1120, 1964